7. X
301

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1902 N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 24 avril 1902 à 1 heure

Par Raoul GUILLEMET

Né à Fontenay-le-Comte (Vendée) le 3 mai 1875.
Ancien externe des hôpitaux de Paris.

SUR CERTAINES FORMES DE TUMEURS MALIGNES DES PAUPIÈRES

Président : M. DE LAPERSONNE, *professeur.*

Juges MM. POZZI, *professeur.*
SCHWARTZ et FAURE, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
L. BOYER
15, rue Racine, 15

1902

301

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1902 — N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 24 avril 1902 à 1 heure

Par Raoul GUILLEMET

Né à Fontenay-le-Comte (Vendée) le 3 mai 1875.
Ancien externe des hôpitaux de Paris.

SUR CERTAINES FORMES
DE TUMEURS MALIGNES
DES PAUPIÈRES

Président : M. DE LAPERSONNE, *professeur.*

Juges { MM. POZZI, *professeur.*
SCHWARTZ et FAURE, *agrégés*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
L. BOYER
15, rue Racine, 15

1902

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	TERRIER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.

ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOUGET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.)	GUIART	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	HARTMANN	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	JEANSELME	REMY	WALTHER
CUNEO	LANGLOIS	RENON	WIDAL
DEMELIN	LAUNOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LEGRY	RIEFFEL (chef des trav. anat.)	
DUPRE			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat 1897. — MONSIEUR LE Dr A. PETIT

(Hôpital de la Pitié, *médecine*).

Externat 1897. — MONSIEUR LE Dr BRUN

(Enfants Malades, *chirurgie*).

Externat 1898. — MONSIEUR LE Dr FERNET

(Hôpital Beaujon, *médecine*).

Externat 1899. — MONSIEUR LE Dr PEYROT

(Lariboisière, *chirurgie*).

Externat 1899. — MESSIEURS LES Drs DUPRÉ ET CLAISSE

(Hôpital Laënnec, *chroniques et neurologie*).

1900 et 1901. — MONSIEUR LE Dr MOIZART

(Enfants Malades, *médecine*).

MONSIEUR LE Dr CHEVALLEREAU

(Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts).

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

(Clinique d'accouchements de la Faculté).

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

Professeur de clinique ophtalmologique à la faculté.
Chevalier de la Légion d'honneur.

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30601484

SUR CERTAINES FORMES

DE TUMEURS MALIGNES

DES PAUPIÈRES

AVANT-PROPOS

Certaines tumeurs malignes se développent primitivement dans l'épaisseur des paupières ; ce sont *le sarcome palpébral primitif* et *l'épithélioma primitif des glandes meibomiennes* (1), affections relativement rares, si on les compare au chalazion, dont la fréquence est considérable. Elles sont peu décrites dans les traités didactiques d'ophtalmologie, et y figurent seulement sous forme de courts paragraphes au chapitre des tumeurs des paupières, et

1. Ces tumeurs font partie du groupe des tumeurs *péribulbaires* du professeur Panas, par opposition au groupe des tumeurs *épibulbaires*, qui se développent sur le limbe scléro-cornéen, et dont l'évolution fort lente est très différente (Voir *in Archives d'ophtalmologie*, janvier 1902, un article du professeur Panas ; février 1902, un article du professeur De Lapersonne.

dans l'étude du chalazion, au point de vue de son diagnostic différentiel.

Cependant un certain nombre d'observations de chacune de ces affections se trouve dans les recueils périodiques d'oculistique, tant en France qu'à l'étranger.

Nous avons pensé qu'en réunissant un nombre suffisant de ces observations, il serait possible de présenter l'aspect clinique et anatomo-pathologique de ces deux néoplasies essentiellement malignes dans leur évolution.

Toutes les deux ont au début une physionomie clinique très voisine de celle du chalazion, à tel point que dans le plus grand nombre des cas, on a fait d'abord ce diagnostic, et que c'est la récidive sur place du soi-disant chalazion qui a fait naître dans l'esprit l'idée d'une tumeur maligne. Les études histologiques de ces dernières années ont montré que le chalazion était une néoplasie d'origine inflammatoire, d'aspect microscopique fort voisin de celui des tumeurs sarcomateuses à cellules rondes, composée comme celles-ci de cellules embryonnaires. C'est un *granulome* suivant l'expression de Wirchow ; mais il diffère essentiellement du sarcome par son évolution clinique, manifestement bénigne. Il n'a pas de tendances à l'envahissement total de la paupière dans laquelle il a débuté et des ganglions de la région, ni à l'extension dans les cavités voisines de la face et de l'orbite, ni enfin à la généralisation, caractères symptomatiques du sarcome palpébral primitif abandonné à lui-même.

Ayant eu l'occasion de suivre, à la Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts, dans le service du Dr Chevallereau, un cas de tumeur maligne des paupières, dont

l'aspect clinique était identique au début à celui du chalazion, et qui donna lieu, après extirpation, à plusieurs récidives successives, nous avons eu l'idée, sur les conseils de notre Maître, d'étudier les tumeurs malignes primitives des paupières et d'en faire le sujet de notre thèse.

Nous tenons à remercier bien vivement M. le Dr Chevallereau des conseils qu'il nous a donnés pour nos recherches bibliographiques; nous adressons tous nos remerciements à M. le Dr Kalt, qui a bien voulu mettre à notre disposition un cas observé par lui, avec examen histologique.

Nous sommes bien reconnaissant à M. le professeur De Lapersonne du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence du jury de notre thèse.

SOMMAIRE

A. — Sarcome primitif des paupières.

1. *Historique.* — Van Duyse (1887) ; Fage (1898) ; Capellini (1898).

2. *Etiologie.* — S'observe à tous les âges, dans les deux sexes ;— Statistique de quelques cas ; — Aux deux paupières.

Cas de Schirmer : sarcome des quatre paupières.

Influence du traumatisme et des irritations locales indéniable dans plusieurs observations.

3. *Symptômes.* — 2 formes : sarcome palpébral proprement dit ; sarcome de la conjonctive palpébrale (Van Duyse, Fage).

α. — *Sarcome palpébral.* — Débute par un nodule dans l'épaisseur de la paupière ; il ressemble alors au chalazion ; mais il augmente rapidement de volume, adhérant à la peau, à la conjonctive. La peau s'amincit, s'ulcère, les ganglions s'engorgent (infection secondaire ganglionnaire plus souvent que dégénérescence néoplasique). Le néoplasme s'étend à toute la paupière, envoie des prolongements dans la cavité orbitaire, les sinus, les fosses nasales, la face, et envahit la paupière opposée.

La mort arrive par généralisation ; quelquefois par méningite bâtarde, sans grand appareil symptomatique.

β. — *Sarcome de la conjonctive palpébrale.* — Débute par une petite tumeur de la grosseur d'un pois, souvent pédiculée, située à la face postérieure de la paupière ; cette tumeur augmente de volume, devient grosse comme un haricot, une cerise, et reste ainsi un certain temps stationnaire, puis envahit les portions antérieures de la paupière. Quatre exemples empruntés à Ceppi, Blanch, Van Duyse, Chisolm.

Physionomie clinique du sarcome opéré ; récidives quand l'opération se borne à énucléer la tumeur.

4. *Anatomie pathologique.* — Forme, volume, consistance de la tumeur ; présence ou absence d'une capsule conjonctive d'enveloppe ; couleur.

Etude histologique : cellules, vaisseaux, texture, classification.

Sarcome mélanique ; trois aspects du pigment ; isolement de ce pigment par les réactifs acides ; réaction de Perls par l'acide chlorhydrique et le ferrocyanure jaune de potassium négative.

Etude topographique et du point d'origine de la tumeur. Modes d'extension, généralisation.

B. — Epithélioma primitif des glandes de Meibomius.

Cas anciens de Gosselin, de Richet (?)

Analyse des cas récents d'Allaire (1890), de Sourdille (1894), et de Dor (1896).

Observation d'un cas du service du Dr Chevallereau, observation d'un cas du service du Dr Kalt.

5. *Parallèle anatomique et clinique entre le chalazion et le sarcome.*

6. *Diagnostic* de l'épithélioma meibomien avec l'adénome meibomien, le chalazion, l'acné meibomienne.

7. *Pronostic* grave du sarcome et de l'épithélioma meibomien, prouvé par l'évolution clinique. Application au pronostic de ces tumeurs de la méthode glycogénique de Brault.

8. *Traitement.* Incision précoce loin des limites de la tumeur, en plein tissu sain, c'est-à-dire ablation totale de la paupière malade, sans égard pour l'esthétique du sujet.

DU SARCOME PRIMITIF DES PAUPIÈRES

I. — Historique.

Le sarcome primitif des paupières n'a donné lieu qu'à peu d'études, en dehors des observations cliniques.

Nous signalerons :

1° Une étude de *Van Duyse*, publiée dans les *Annales d'oculistique* de 1887, dans laquelle l'auteur rapporte deux observations personnelles et analyse plusieurs observations antérieures. Il sépare les sarcomes nés dans les parties antérieures des paupières, de ceux développés dans la conjonctive palpébrale, qui ont une tendance à se pédiculiser sous la paupière avant d'envahir les parties antérieures de cet organe.

2° Une étude de Fage (d'Amiens) publiée dans le « *Bulletin et Mémoires de la Société d'ophtalmologie de Paris* », de 1898, étude à la fois clinique et anatomo-pathologique, à laquelle est annexée, sous forme de tableau chronologique, la description des principaux cas publiés antérieurement. L'auteur a soin d'éliminer les observations publiées avec l'étiquette « sarcome » sans examen microscopique. Il fait rentrer dans la question les cas de sarcomes partis de la conjonctive palpébrale. Comme Van Duyse, il montre qu'ils ont un développe-

ment un peu spécial, qu'ils se pédiculisent fréquemment, et restent quelque temps isolés, mais qu'ils ne tardent pas à se propager aux parties antérieures de la paupière, devenant ainsi des sarcomes palpébraux proprement dits.

3° Cappellini, dans les *Annales d'ophtalmologie de Turin* de 1898, reprenant la question du sarcome primitif des paupières (*Sul melanosarcoma delle palpebre, contributo allo studio dei tumeri palpebrali*) fait suivre une observation personnelle d'une bibliographie très complète.

II. — Etiologie.

L'étiologie du sarcome des paupières, comme du reste celle des tumeurs en général, reste fort obscure. On ne sait pas pourquoi un nodule embryonnaire intra-palpébral donne lieu dans certains cas,— tel le *chalazion*, — à une néo-formation bénigne, dans d'autres cas au contraire, comme dans le *sarcome*, à une tumeur essentiellement maligne, sujette aux récidives après extirpation, et se terminant fréquemment par la généralisation et la mort du malade.

L'apparition du *pigment mélanique*, dans la moitié des cas environ de sarcome palpébral, donne une allure encore plus grave, plus rapide à l'affection, sans qu'on puisse dire pourquoi certaines tumeurs restent sans pigment pendant toute la durée de leur évolution, tandis que d'autres sont d'emblée pigmentées.

L'affection s'observe à tous les âges et dans les deux

sexes, comme le montrent les observations que nous avons recueillies ;

Casey et Wood.	garçon de 7 mois
Chisolm	fille de 5 ans
Ceppi	garçon de 5 ans 1/2
Zehender.	— de 6 ans
Van Duyse.	fille de 7 ans
Dubar.	— de 8 ans
Proutt et Bull	jeune fille de 18 ans
Veasey. . . . . , .	homme de 26 ans
Kastalskaia	femme de 31 ans
Forster.	homme de 32 ans
Gallenga.	femme de 34 ans
Fage.	— de 37 ans
Guibert.	homme de 48 ans
Van Duyse.	femme de 48 ans
Blanch.	— de 56 ans
Capellini.	— de 64 ans
Lagrange.	homme de 70 ans
Schirmer.	— de 70 ans
Lilienfeld	femme de 76 ans

La tumeur est à peu près aussi fréquente à la paupière inférieure qu'à la paupière supérieure. L'envahissement des quatre paupières est un fait exceptionnel. Schirmer en a publié une observation fort intéressante rapportée par Fage dans son étude de 1898 sur le sarcome des paupières. Il s'agissait d'un homme de 70 ans qui portait, dans les quatre paupières fortement épaissies, des tumeurs

tendues, élastiques, légèrement mamelonnées ; l'examen microscopique montra que ces tumeurs étaient du sarcome à petites cellules. Leur développement avait été lent, deux ans et demi à gauche, un an à droite.

L'influence d'un traumatisme antérieur, d'une inflammation, des irritations locales, semble indéniable dans plusieurs observations comme dans certaines tumeurs du sein et du testicule.

Dans une observation de Lagrange (communication à la Société française d'ophtalmologie, mai 1891), un homme de 70 ans reçoit un vigoureux coup de bâton sur la tempe gauche. Il en résulte un gonflement très accusé de la région, la paupière supérieure devient noire, tendue, ecchymotique, infiltrée de sang. Le sang se résorbe lentement, et quand la peau de la région a repris sa coloration normale, c'est-à-dire quelques semaines après le traumatisme, le malade constate dans l'épaisseur de sa paupière l'existence d'une tumeur dure, régulière, que l'examen histologique, après extirpation, montra être du sarcome mélanique à jeunes cellules.

Dans une observation de Guibert (*Bulletin et mémoires de la Société française d'ophtalmologie*, 1896), la tumeur s'était développée dans la paupière inférieure d'un homme de 48 ans, qui à 10 mois avait eu une brûlure à la joue gauche, et qui présentait, lors du début de la tumeur, un tissu cicatriciel recouvrant la tempe et les deux paupières du même côté.

Dans une observation de Dubar (*Echo médical du Nord*, Lille, 1900), une petite fille de 8 ans, très bien por-

tante jusqu'alors, se frappe, en courant en classe, le front contre celui d'une camarade. Il se forme une ecchymose du front et de la paupière supérieure gauche ; 40 jours après, quand l'ecchymose a disparu, on constate vers l'angle interne de cette paupière un nodule dur, qui, extirpé, montre au microscope un sarcome à cellules rondes en pleine karyokinèse. L'examen par la méthode glycogénique de Brault donne une forte coloration des cellules en brun acajou, ce qui indique une tumeur présentant de grandes probabilités de récidive.

Dans une observation de Zehender, un garçon de 6 ans reçoit un coup sur la région orbitaire du côté droit ; après ce traumatisme se développe dans la paupière supérieure droite une tumeur qu'on prend d'abord pour un kyste sanguin et qu'on incise. L'incision donne issue à « une cuillerée à thé » de sang fluide et noir et une masse de tissu spongieux apparaît dans la plaie. Dix jours après, une tumeur volumineuse avait envahi la paupière, dépassant le bord supra-orbitaire dans toute son étendue. Cette tumeur s'étend rapidement jusqu'à l'aile du nez en dedans, jusqu'à l'apophyse zygomatique du côté temporal et couvre la moitié de la face.

Dans un cas rapporté par Van Duyse, une petite fille de 7 ans reçoit un coup de coude, qui contusionne la paupière supérieure gauche et y produit une ecchymose. Cette contusion est suivie au bout de 8 jours de la production vers le milieu de la paupière d'une *petite tumeur semblable à un chalazion*. Le nodule grandit très rapidement et au bout de quelques jours acquiert le volume d'un gland.

Au bout de quelques semaines, la tumeur était devenue aussi grosse que le poing fermé du sujet. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un *myxosarcome*.

III. — Symptômes.

A. Sarcome palpébral proprement dit.

La tumeur se développe dans l'épaisseur de la paupière d'une façon insidieuse, sans donner lieu à aucun trouble subjectif; c'est par hasard que le malade, portant la main à ses paupières, sent, dans l'épaisseur de l'une d'elles, une petite grosseur, un petit nodule, qui augmente plus ou moins rapidement. A ce moment l'affection simule trait pour trait un *chalazion*. Si alors le malade vient consulter, le plus souvent on fait le diagnostic de chalazion, on enlève la tumeur comme on le ferait pour un chalazion, et c'est la *récidive* dans la cicatrice au bout de quelques jours, qui donne l'éveil et fait songer à une tumeur maligne.

Mais si l'affection est abandonnée à elle-même, le petit nodule primordial ne tarde pas à grossir, à s'étendre, différant bientôt d'un chalazion par son extension et par son volume. L'examen montre une voussure localisée de la paupière. Si, à cette période, on pratique le palper de la paupière, en appliquant celle-ci avec les doigts contre le globe, on sent dans son épaisseur un noyau qui le plus souvent a une consistance ferme, élastique, qui d'autres fois, dans les cas de sarcome purement encéphaloïde ou de myxosarcome, a une consistance demi-molle, rénitente. Sa

surface est tantôt lisse, tantôt et plus souvent bosselée ; fréquemment on perçoit un noyau principal et un ou plusieurs nodules secondaires, dont la consistance est la même que celle du noyau principal ou en diffère plus ou moins. La tumeur dans la majorité des cas adhère au tarse ; quelquefois, quand le sarcome a son origine directement sous la peau ou dans le derme cutané, on peut le mobiliser légèrement sur le tarse ; mais tôt ou tard l'adhérence se produit. Le volume apparent de la tumeur est variable ; celle-ci s'étend, au bout de quelque temps, en hauteur du sillon orbito-palpébral au bord libre de la paupière ; son diamètre transversal atteint 1 à 2 cm. Elle est plus ou moins rapprochée de l'angle externe ou de l'angle interne de l'œil. La peau mobilisable au début sur le néoplasme ne tarde pas à lui adhérer ; elle s'amincit, se vascularise, devient violacée, rouge pourpre, laissant transparaître les veines superficielles dilatées. Dans les cas de sarcome mélanique, la teinte noirâtre apparaît sous les téguments amincis.

Pendant ce temps, la tumeur a rapidement augmenté ; elle a atteint le volume d'une grosse noisette (Guibert), d'une noix (Fôrster, Fage, Lagrange), d'un petit œuf de poule (Eperon), d'une petite pomme (Lilienfeld), d'une orange (Capellini), du poing, d'une tête d'enfant (Van Duyse). La peau, surdistendue, s'ulcère ; il se fait au niveau de l'ulcération des infections microbiennes d'origine extérieure, qui donnent lieu à un processus inflammatoire chronique superficiel, à un sphacèle de la tumeur. Un écoulement sanieux, purulent, fétide couvre la tumeur ulcérée et s'étend à la conjonctive.

Le néoplasme, plus ou moins vasculaire, ayant des

vaisseaux à parois embryonnaires, par cela même peu résistantes, saigne facilement.

Les ganglions (1) auxquels aboutissent les lymphatiques palpébraux s'engorgent. Dans les cas de sarcome de la moitié externe de la paupière supérieure ou de la moitié externe de la paupière inférieure, on trouve le ganglion préauriculaire et les ganglions parotidiens engorgés. Dans les cas de sarcome de la moitié interne de l'une ou l'autre des deux paupières, ce sont les ganglions sous-maxillaires.

L'engorgement ganglionnaire est généralement tardif, alors que la tumeur, ayant acquis un certain volume, la peau s'est ulcérée. Le professeur De Lapersonne a montré que dans les épithéliomes superficiels, cutanés ou muqueux des paupières, cet engorgement également tardif était dû le plus souvent à des infections secondaires, parties de la surface ulcérée et provoquant une adénite inflammatoire proprement dite. L'examen histologique des ganglions fait découvrir rarement une dégénérescence cancéreuse de ces organes.

Dans le sarcome il en est probablement de même ;

---

1. « Au point de vue de leurs relations ganglionnaires, les lymphatiques des paupières se partagent en deux groupes : un groupe externe et un groupe interne. Les lymphatiques internes convergent vers la racine du nez et là se réunissent à ceux qui descendent des régions sourcillière et frontale, pour suivre la veine faciale et aboutir aux ganglions sous-maxillaires. Les lymphatiques externes se dirigent en dehors et en arrière pour venir se jeter dans le ganglion préauriculaire et dans les ganglions parotidiens.

dans les observations que nous rapportons, les auteurs n'ont pas fait l'examen des ganglions, quand ils étaient engorgés. Il y aurait lieu dans tous les cas de tumeur palpébrale accompagnée d'engorgement ganglionnaire de rechercher la présence des cellules néoplasiques dans les ganglions en appliquant la méthode du glycogène de Brault.

La tumeur, abandonnée à elle-même, après avoir envahi toute l'étendue de la paupière, s'infiltre dans les parties voisines de la face, dans la joue, dans la fosse temporale, gagne quelquefois la paupière opposée du même côté et pousse des prolongements dans la cavité orbitaire déplaçant le globe, dans les fosses nasales, les sinus frontaux et maxillaires. C'est à ce moment que se ait la généralisation. L'état général, bon jusqu'alors, décline ; l'individu maigrit, se cachectise, il présente de l'œdème des extrémités, des organes génitaux externes, et il succombe par le fait d'une métastase viscérale. Ou bien, et cela plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte, il se produit une méningite bâtarde ; le malade devient continuellement somnolent, difficile à tirer de sa torpeur ; il a de la céphalalgie, des vomissements fréquents, et il meurt sans présenter d'agitation, de cris, sans convulsions.

Ces méningites terminales, évoluant sans grand appareil symptomatique, sont quelquefois la terminaison des altérations lentes de la face et du crâne.

C'est ce qui eut lieu dans l'observation de Ceppi (sarcome primitif de la paupière chez un enfant de 5 ans 1/2).

Les troubles fonctionnels provoqués par le sarcome

palpébral proprement dit sont peut accusés au début. Comme dans le chalazion, le malade est plus préoccupé de la difformité produite, de la voussure palpébrale, que des légers troubles apportés dans le fonctionnement de l'organe ; il y a tout au plus un peu de gêne dans le clignement, un peu d'hypersécrétion conjonctivale muqueuse donnant lieu à un larmoiement peu prononcé. Quand la tumeur occupe la paupière supérieure, il peut y avoir un ptosis complet de cette paupière. Le plus souvent la tumeur est indolente, la pression elle-même ne détermine pas de douleur. Cependant, dans un cas de Guibert, le néoplasme, qui siégeait primitivement sur le rebord palpébral et qui au début n'était pas douloureux, donna lieu quand il eut augmenté de volume à des élancements du côté du nez, à des fourmillements dans la paupière.

Quand le sarcome a acquis un certain développement, il recouvre le globe de l'œil ; la vision du côté malade est abolie ; le globe reste longtemps sain au-dessous de la paupière tuméfiée ; ses mouvements restent normaux.

A la période ultime, lorsque la tumeur s'est ulcérée, que la cavité orbitaire a été envahie par les prolongements du néoplasme, le globe est déplacé, dévié ; il devient nul au point de vue fonctionnel ; la conjonctive, atteinte d'hypertrophie papillaire, secrète du muco-pus. La sclérotique résiste longtemps à l'envahissement néoplasique, comme cela arrive d'ordinaire dans les tumeurs nées en dehors du globe, alors que dans les sarcomes choroïdien ou du corps ciliaire, cette membrane fibreuse est très rapidement perforée.

B. Sarcome ayant son point de départ dans la conjonctive palpébrale.

Avec Van Duyse et Fage, nous décrivons à part cette variété topographique du sarcome primitif des paupières ; car elle a au début une physionomie clinique bien spéciale, en raison de sa tendance à se pédiculiser. Le nodule sarcomateux, né dans le derme conjonctival ou dans le tissu cellulaire qui unit la muqueuse à la face postérieure du tarse, fait saillie sous la conjonctive, sous la forme d'une tumeur du volume d'une petite noisette, d'un haricot, d'une fève, d'une cerise ; cette tumeur est plus ou moins aplatie entre le globe et la paupière et soulève cette dernière. Dans les cas de sarcome mélanique, elle apparaît très nettement noire. Elle proémine parfois entre les bords marginaux des deux paupières ; et si l'on soulève la paupière dont elle dépend, on peut se rendre compte de sa forme, de son volume, et rechercher son pédicule, s'il existe.

Ce pédicule se fixe généralement à peu de distance du fond du cul-de-sac.

Les troubles fonctionnels consistent en hypersécrétion muqueuse de la conjonctive avec léger larmoiement, sensation de gêne dans le clignement, œdème conjonctival autour de la tumeur, parfois un peu de photophobie. La tumeur gêne plus ou moins la vision de l'œil du côté malade, suivant qu'elle envahit plus ou moins le champ de la fente palpébrale. La tumeur est indolore spontanément ; parfois la pression directe sur elle est douloureuse.

Le pédicule de la tumeur est large, et dans certains cas très vasculaire. Il y avait un pédicule dans l'observation de Horner (mélanosarcome parvi-cellulaire de la conjonctive tarsienne, 1871) ; dans celle de Talko (sarcome palpébral fuso-cellulaire pigmenté, 1873) ; dans celle de Ceppi (tumeur palpébrale conjonctivale chez un enfant de 5 ans 1/2, 1880); dans celle de Chisolm (sarcome conjonctival palpébral à éléments cellulaires arrondis chez une petite fille de 5 ans, 1881).

La tumeur reste ainsi un certain temps stationnaire, pédiculée ou non ; mais elle envahit bientôt les portions antérieures de la paupière, et, si elle est abandonnée à elle-même, elle prend l'aspect du sarcome palpébral ; les ganglions sont atteints par l'engorgement néoplasique.

Comme exemples de sarcome de la conjonctive palpébrale nous citerons les quatre observations suivantes :

Dans le cas de Ceppi (Société anatomique de Paris, 26 novembre 1880. *Progrès médical*, 28 mai 1881), chez un enfant de 5 ans 1/2, on apercevait entre les deux paupières de l'œil gauche, une tumeur composée de deux ou trois lobes, du volume d'une grosse noisette, d'apparence charnue, rouge, et très vasculaire dans la plus grande partie de sa surface, de consistance ferme et élastique. Cette sorte d'excroissance s'élevait de 1 cm. 1/2 au-dessus du bord libre de la paupière inférieure ; elle s'étendait d'un angle à l'autre de l'œil et était reliée par *un pédicule* au fond du cul-de-sac bulbo-palpébral inférieur ; elle faisait corps avec la conjonctive, et était recouverte par elle. Elle repoussait en avant la paupière inférieure

de 8 millimètres environ, et était légèrement adhérente au niveau de la caroncule lacrymale. *Diagnostic histologique* : sarcome globo-cellulaire.

Dans le cas de Blanch (*Recueil d'ophtalmologie*, octobre 1882), chez une femme de 56 ans, on apercevait, en renversant la paupière supérieure, une tumeur recouverte par la conjonctive, grosse comme une fève, étendue horizontalement et composée de deux noyaux.

Le diamètre horizontal de la tumeur à la base mesurait 25 millimètres, le diamètre vertical 25 millimètres, l'épaisseur antéro-postérieure 6 millimètres au centre. La tumeur était imprégnée dans toute son étendue de granulations pigmentaires ; la pigmentation était plus accusée au centre que sur les bords. Le pigment formait des petits îlots d'apparence diffuse. La surface de la tumeur était rugueuse au toucher. La conjonctive qui entoure la tumeur était un peu œdématiée. *Diagnostic histologique.* — Sarcome globo-cellulaire mélanique ayant pris origine dans le tissu conjonctif sous-conjonctival.

Dans une observation de Van Duyse (*Annales d'oculistique*, 1887), une femme de 48 ans présentait une tumeur du volume d'un haricot, occupant la partie moyenne de la conjonctive de la paupière inférieure gauche, de manière à être en partie visible quand la fente palpébrale était ouverte. *Diagnostic histologique.* — Sarcome fuso-cellulaire mélanique.

Dans une observation de Chisolm (*Annales d'oculistique*, 1881), une petite fille de 5 ans, montrait quand

on soulevait sa paupière supérieure gauche, une tumeur ronde, d'un rouge vif, du volume d'une cerise, s'étendant jusqu'au bord libre de la paupière. La tumeur était insérée sur la muqueuse dans le cul-de-sac conjonctival au moyen d'un *court pédicule très vasculaire. Examen histologique.* — Sarcome à petites cellules rondes.

Physionomie clinique du sarcome opéré. — Quand le sarcome est opéré, son aspect clinique varie suivant l'opération faite. Si l'on se borne à énucléer la tumeur, — et c'est ce qui a lieu quand on la prend pour un chalazion, — toujours une récidive se fait dans la cicatrice. Cette récidive peut être très rapide et apparaître au bout de quelques jours, 10 à 20, après l'opération ; d'autres fois, elle tarde un peu plus, n'apparaissant qu'après 4 à 5 semaines ou davantage.

Il en est le plus souvent de même également quand on extirpe la tumeur par une excision en V de la paupière. Au contraire, si d'emblée on tranche en tissu sain, loin des limites du néoplasme, on a beaucoup plus de chances de ne pas voir survenir de récidives. C'est dans ces cas seulement qu'on a vu la guérison se produire, chez des malades suivis plusieurs années après l'intervention (un cas de Zimmermann, un cas de Fage : dans ces deux cas, on avait enlevé toute la paupière atteinte dès le début du mal).

IV. — Anatomie pathologique.

La tumeur extirpée a un volume variable — qui va de celui d'une noisette ou moins à celui d'une noix, d'une

orange et plus. Dans plusieurs des observations publiées, les auteurs ont indiqué en centimètres les diamètres de la tumeur enlevée après avoir noté les mêmes diamètres apparents de la tumeur sur la paupière avant l'opération.

La couleur de la surface dépend de l'existence ou de l'absence d'une capsule conjonctive d'enveloppe. Quand celle-ci existe, elle est plus ou moins épaisse, entourant la tumeur complètement, ou absente sur une partie de sa surface. La portion recouverte a une teinte blanc-grisâtre ; la portion non recouverte laisse voir la coloration propre du néoplasme, qui apparaît mieux encore sur une coupe.

Cette couleur, dans le cas de sarcome non pigmenté, est le plus souvent blanc-jaunâtre, luisante, parfois rougeâtre et même rouge vineux quand la tumeur est vasculaire. *Le râclage ne donne pas de suc.*

Dans le mélano-sarcome, la coupe présente des îlots bruns ou noirâtres ; ou bien toute la surface de la coupe est noire, rappelant l'aspect d'une coupe de truffe.

Quant à la consistance, elle varie suivant le degré d'organisation du sarcome ; molle et gélatineuse, d'aspect de pulpe cérébrale, dans le sarcome globo-cellulaire et le myxosarcome ; ferme et élastique dans le sarcome fasciculé ou tendant vers l'organisation conjonctive plus élevée du fibro-sarcome.

Dans l'étude microscopique, il faut envisager la forme des cellules elles-mêmes (*étude cytologique*) et leur mode de groupement (*texture*); puis les rapports du néoplasme avec les tissus sains (*topographie*) afin de déterminer le point d'origine du sarcome. « Le diagnostic microscopique,

dit Fage, dépend bien plus du point d'origine et du mode de développement de la tumeur que de la forme et du groupement histologique des éléments composants. »

Pour faire les coupes, on prendra pour l'étude des cellules des fragments de la tumeur aussi petits que possible, que l'on fera durcir dans les liquides usités en histologie (sublimé acide, mélange fort de Flemming, formol picro-acétique (liquide de Bouin), liquide de Borrel. Pour l'étude topographique, on emploiera des pièces plus grosses, et on y fera des coupes suivant le diamètre vertical antéro-postérieur de la paupière.

Si l'on veut étudier la réaction glycogénique de Brault, comme on le verra au chapitre du pronostic, il est nécessaire de durcir les pièces par l'alcool absolu.

Les éléments cellulaires forment la plus grande partie de la tumeur. Dans les formes molles, les cellules rondes prédominent ; dans les formes dures, tendant vers une organisation conjonctive plus élevée, les cellules deviennent fusiformes, s'allongent, se tassent, se groupent en faisceaux; dans quelques cas même, une ébauche d'organisation conjonctive adulte se fait au sein de la tumeur ; des travées conjonctives séparent des îlots de cellules, ce qui, au premier abord, donne l'apparence du carcinome alvéolaire.

La cellule jeune est ronde ; elle a un diamètre de 10 à 12 μ, et renferme un ou plusieurs noyaux sphériques ou ovoïdes de 5 à 9 μ de diamètre. En général, on aperçoit dans le noyau des nucléoles petits et brillants ; la cellule ne présente pas de membrane d'enveloppe ; son protoplasme contient de fines granulations.

Les cellules plus âgées sont fusiformes, simples ou avec des extrémités bifurquées. Leur grand diamètre atteint 15, 30 μ. Elles ont un noyau ovoïde nucléolé, un protoplasma finement granuleux sans membrane d'enveloppe. On observe aussi des cellules étoilées à plusieurs noyaux qui semblent résulter de l'union de plusieurs cellules fusiformes.

Dans quelques sarcomes, on voit au microscope des éléments cellulaires géants à noyaux multiples (cellules mères de Müller, plaques à noyaux multiples de Lebert, cellules géantes polynucléaires de Wirchow, myéloplaxes de Robin). Ces éléments géants sont pour Monod et Malassez en relation avec le processus de néoformation vasculaire. Ils les considèrent comme des cellules vasoformatives.

On ne peut pas faire le diagnostic de sarcome par l'étude seule des éléments cellulaires. L'étude du groupement de ces éléments est indispensable pour ce diagnostic. Les cellules sont presque toutes en contact les unes avec les autres. Elles sont cependant unies par un ciment intercellulaire peu abondant, mais solide, puisque le râclage de la tumeur ne donne pas de suc. Cependant, dans quelques cas, la substance intercellulaire est suffisamment abondante et a un aspect fibrillaire, qui comme nous l'avons dit plus haut peut masquer le diagnostic et faire croire au carcinome alvéolaire.

Le Professeur Panas admet les variétés suivantes du sarcome palpébral primitif.

Le sarcome à cellules rondes, jeunes, sarcome globocellulaire, sarcome mou, sarcome encéphaloïde. Il a un

aspect de substance cérébrale ramollie, il a une consistance pulpeuse, et une couleur blanc grisâtre ou grise plus ou moins translucide. Il se développe rapidement.

Le sarcome à cellules fusiformes, disposées en faisceaux, sarcome fuso-cellulaire ou fasciculé, sarcome dur. Il montre une ébauche d'organisation et d'évolution dans le sens du tissu conjonctif. A l'œil nu, le tissu paraît translucide, il a un aspect fasciculé. Au microscope, on voit que les cellules fusiformes sont au contact, les extrémités d'une cellule étant en rapport avec la partie renflée des cellules voisines ; elles forment des faisceaux parallèles et entrecroisés. La direction générale des vaisseaux y est la même que celle des cellules. Sur une coupe, on voit des tourbillons de cellules, séparés par des tractus de cellules longitudinaux. Les tourbillons répondent à la section transversale des faisceaux cellulaires ; les tractus à leur section longitudinale. Souvent le centre des tourbillons se surélève en cône après la section.

Le myxosarcome dans lequel, à des éléments embryonnaires conjonctifs jeunes, s'associent des cellules muqueuses étoilées munies de prolongements filiformes qui s'anastomosent entre eux. Il est généralement mou, gélatineux.

Le mélanosarcome, que nous étudierons en détail plus loin.

Le cystosarcome ou sarcome muqueux, dans lequel se produit une dégénérescence muqueuse des cellules en certains points de la tumeur, aboutissant à la formation de cavités remplies d'une matière transparente gélatini-

forme. Il s'y produit en outre fréquemment des dilatations vasculaires, des hémorrhagies interstitielles; dans ce cas les géodes renferment de la matière muqueuse et du sang ; le contenu a une teinte rouge brunâtre ou chocolat, due à une modification de l'hémoglobine. Les parois des cavités, irrégulières, non tapissées d'épithélium, sont parfois revêtues d'un mince lambeau de fibrine coagulée. Les tumeurs secondaires du myxosarcome présentent la même dégénérescence muqueuse.

Fréquemment, on ne trouve pas de type pur, mais on trouve associés les deux premiers types : cellules rondes à gros noyau dans les points où la multiplication cellulaire est le plus active, surtout au pourtour des vaisseaux, et cellules fusiformes courtes là où les éléments sont condensés.

L'étude des vaisseaux est un élément important dans le diagnostic histologique du sarcome. Dans certaines tumeurs, ils sont peu abondants; dans d'autres au contraire ils sont très nombreux. Mais dans tous les cas de sarcomes jeunes ils sont dépourvus de paroi propre. Ce sont les cellules embryonnaires de la tumeur elles-mêmes qui constituent leurs parois. Dans les sarcomes plus anciens, certains vaisseaux subissent la dégénérescence hyaline de leur paroi embryonnaire, ils apparaissent avec un double contour parfois très étendu ; dans quelques cas apparaît une ébauche d'organisation conjonctive adulte autour des vaisseaux les plus anciens et les plus gros.

La structure vasculaire est donc la même que celle des vaisseaux dans les tissus enflammés ; comme dans le

granulome, les vaisseaux n'ont pas de disposition régulière, leur structure est embryonnaire. Sur des coupes, ils apparaissent sous forme d'espaces ayant 150 à 200 μ de diamètre, leur lumière coupée en travers se montre limitée par des cellules arrondies ou fusiformes ; on découvre rarement des parois propres.

Le caractère embryonnaire des vaisseaux du sarcome fait que ces tumeurs, quand elles sont ulcérées, sont très friables et saignent facilement ; en outre, dans les sarcomes mous, ils se dilatent facilement, donnant lieu à la formation de petits kystes sanguins.

Le sarcome mélanique. — Le sarcome mélanique s'observe dans la moitié des cas environ de sarcome palpébral primitif. Sur une tumeur de ce genre en voie de développement, toutes les parties du néoplasme ne sont pas également imprégnées de pigment. Sur une coupe, certaines zones apparaissent claires, non pigmentées, d'autres sont grises, d'autres enfin noires, ou couleur sépia, d'ardoise ; les cellules sont arrondies ou fusiformes.

Le pigment se présente, dit Lagrange, sous trois aspects : 1° sous forme d'amas noirâtres extra-cellulaires, formés par la réunion de granulations reliées par un ciment inattaqué par les réactifs acides. Ces amas sont d'un volume très irrégulier ; quelques-uns sont gros comme des globules rouges du sang, les autres sont beaucoup plus petits. Tous sont arrondis : aucun n'a l'aspect angulaire d'un élément cristallisé ; ces petits amas sont parfois entourés d'une zone claire qui correspond à un dépôt de substance albuminoïde autour d'eux.

2° Sous forme de cellules, bourrées de pigment, entièrement noires sur les coupes colorées au carmin. La mélanine se dépose dans le protoplasma, d'abord autour du noyau, puis dans toute la cellule ; le noyau lui-même s'infiltre de pigment.

3° Sous forme de granulations fines, grises ou noires, arrondies, réfringentes, contenues dans le protoplasma cellulaire ou dans l'intervalle des cellules.

Par le râclage, ces tumeurs mettent en liberté un grand nombre de granules mélaniques, affectés de mouvement brownien (Ranvier).

Pour isoler le pigment mélanique, le professeur Lagrange indique le procédé suivant :

On prend une large coupe bien pigmentée ; puis on la traite par l'acide sulfurique pur pendant 24 heures en chambre humide ; le tissu se recroqueville, se racornit : il reste sur la lame une masse informe translucide, au milieu de laquelle se détache nettement le pigment, avec les caractères précédemment décrits. L'acide azotique détruit un peu plus complètement les éléments néoplasiques et met également bien en évidence le pigment mélanique. On peut également employer l'acide chlorhydrique. Quand l'acide a agi pendant 24 heures, on ajoute de la glycérine neutre, et on lute la préparation par les procédés ordinaires. On examine au bout de deux jours ; le tissu sarcomateux a été complètement détruit, le pigment reste seul, non attaqué par le réactif acide.

Lagrange a fait cette réaction à la fois sur des sarcomes d'origine choroïdienne et sur des sarcomes développés dans le tissu cellulaire palpébral. La réaction s'est

montrée identique et le pigment apparaissait sous des formes semblables. Il en conclut que dans ces deux formes de tumeurs le pigment est le même.

Réaction de Perls. — Si après avoir fait agir sur les coupes l'acide chlorhydrique, on les traite par le ferrocyanure jaune de potassium, et si l'on prolonge le contact de ce liquide pendant vingt-quatre heures, nulle coloration bleue n'en résulte, comme cela arrive quand il s'agit de pigment noir d'origine hématique.

Dans ce cas il se forme du ferrocyanure de fer et de potassium, bleu (1), au contact de l'hémoglobine du sang.

Cette réaction est négative aussi bien pour le pigment des sarcomes choroïdiens que pour celui des sarcomes palpébraux. De plus, une choroïde saine détachée d'un œil d'animal ne donne pas la réaction de Perls. Lagrange en conclut que la tumeur qui ne présente pas la réaction de Perls contient du pigment mélanique directement fabriqué par les tissus et dont l'origine n'est nullement hématique.

Cette variété de mélanose est la plus grave, et au point de vue du pronostic elle indique une malignité toute particulière, une tendance à la récidive et à la généralisation rapide.

Etude topographique et du point d'origine du sarcome. — Cette étude se fait sur des coupes antéro-postérieures verticales de la paupière. A l'œil nu, on peut déjà voir si la peau et le tarse font partie de la tumeur ; puis on por-

1. Bleu de Prusse.

tera une coupe sous le microscope, examinant d'abord à un faible grossissement, puis à un grossissement moyen.

Le sarcome, tumeur d'origine conjonctive, peut naître dans la paupière partout où il existe du tissu conjonctif. C'est-à-dire que tous les points de la paupière peuvent lui donner naissance, derme cutané, tissu cellulaire sous-cutané, tissu conjonctif interfasciculaire du muscle palpébral, tissu conjonctif qui sépare ce muscle de la face antérieure du tarse, bandelette tarse, tissu sous-conjonctival et chorion de la muqueuse.

On recherchera quel est le point de départ du néoplasme, recherche qui peut être difficile quand la tumeur a acquis un certain volume.

Le microscope montrera aussi le mode de réaction des divers tissus à l'envahissement sarcomateux ; on pourra suivre l'infiltration cellulaire qui dissocie les fibres de l'orbiculaire ; les fibres musculaires altérées perdent leur striation transversale, des gouttelettes graisseuses entourent le noyau, d'autres sont à peine reconnaissables à de légers vestiges de striation transversale ou longitudinale. On pourra sur les coupes étudier le mode d'extension de la tumeur.

Son accroissement se fait par trois processus contemporains : 1° un processus d'histogénèse dans les parties constituantes de la tumeur elle-même, comme le prouvent les figures karyokinétiques qu'on observe dans certaines zones du néoplasme ;

2° Par prolifération excentrique des cellules néoplasiques, le nodule sarcomateux franchissant sa membrane d'enveloppe ;

3° Par développement des noyaux sarcomateux secondaires qui, nés dans le voisinage de la tumeur initiale, se réunissent ensuite au noyau primitif dont ils émanent.

La généralisation s'effectue par voie vasculaire sanguine principalement ; par voie lymphatique aussi probablement. Les vaisseaux sanguins étant revêtus directement par les cellules du néoplasme, qui forment leur paroi, on s'explique facilement le transport à distance de ces cellules. La généralisation peut atteindre tous les organes, mais principalement le poumon.

Epithélioma primitif des glandes de Meibomius.

L'épithéliome meibomien primitif n'est pas décrit dans les traités classiques. Fuchs, dans son traité d'ophtalmologie, signale sans aucun détail les « carcinomes meibomiens ».

Gosselin décrit sous le nom d'adénome folliculaire une tumeur observée chez un garçon de 16 ans, qui avait débuté depuis 1 an environ, tumeur dure au palper, douloureuse, très gênante pour le malade malgré son petit volume. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de follicules de Meibomius hypertrophiés, dont les culs de-sac étaient comblés par un amas de cellules épidermiques.

Richet opère, chez un jeune homme de 23 ans, une tumeur sébacée de la paupière inférieure. Cette tumeur avait mis deux ans à se développer. Après ablation elle récidive deux fois. Il n'y eut pas d'examen histologique.

Il est probable qu'il s'était agi d'une dégénérescence épithéliomateuse d'un kyste sébacé ou d'un chalazion.

Actuellement, on ne peut décrire cette affection comme entité clinique; car les quelques cas publiés diffèrent au point de vue des symptômes. On ne peut que rappeler les cas décrits dans leurs traits essentiels:

Allaire, de Nantes, dans sa thèse de 1891-92 sur les Epithéliomas glandulaires, décrit sous le nom d'*Epithélioma lobulé limité aux glandes de Meibomius*, une petite tumeur de la paupière extirpée par le Dr Chenantais chez une petite fille de 11 ans. L'observation malheureusement ne donne pas le moindre détail clinique. L'examen histologique montre des glandes de Meibomius bourrées de cellules épithéliomateuses ; la néoplasie ne franchit pas la membrane limitante des acini glandulaires.

Sourdille a fait, dans le laboratoire du Professeur Panas, une étude de l'épithélioma meibomien primitif. Il l'a publiée, avec une observation personnelle, dans les *Archives d'ophtalmologie* de 1894. Le Professeur Panas cite cette observation dans la dernière édition de son traité d'ophtalmologie. Chez un homme de 59 ans, tailleur de pierres, l'affection avait débuté *par une petite grosseur dans l'épaisseur de la paupière supérieure droite*, adhérente au tarse, *d'un aspect clinique semblable à celui du chalazion.* Elle donnait lieu à des élancements douloureux continus. La tumeur, du volume d'un pois, était située à une petite distance du bord libre, n'adhérant encore ni à la peau, ni à la conjonctive.

A son niveau, la peau ne présentait aucune altération ; sa couleur, son épaisseur, sa consistance étaient norma-

les ; elle était mobile sur la tumeur. En pressant la paupière entre deux doigts, la tumeur paraissait nettement encastrée dans le tarse ; sa consistance était dure, comme cartilagineuse. Ses limites étaient alors très distinctes.

En retournant la paupière, on voyait la tumeur faire une légère saillie sous la conjonctive. De plus celle-ci présentait une ulcération, par laquelle sortaient des bourgeons charnus. *L'aspect de la tumeur était celui d'un chalazion ulcéré.* C'est ce diagnostic qu'on porta tout d'abord ; on fit un curettage ; ce n'est qu'en présence d'une récidive de la tumeur, 12 jours après, qu'on pensa à une tumeur maligne.

La tumeur, en effet, augmenta rapidement de volume ; ses limites devinrent diffuses ; la peau et le bord ciliaire augmentèrent de consistance, adhérant à la tumeur, sur laquelle ils n'étaient plus mobilisables. L'ulcération conjonctivale apparaissait profonde, à fond dur, recouvert de bourgeons grisâtres, saignant au moindre contact, à bords gris, indurés, bourgeonnants. Les ganglions préauriculaires s'étaient engorgés. De plus il s'était développé dans la paupière inférieure, en regard d'un bourgeon néoplasique de la paupière supérieure et aux dépens d'une glande de Meibomius, un nodule épithélial secondaire. Sur le limbe scléro-cornéen, à cheval sur la cornée et la conjonctive bulbaire, s'était formée une ulcération superficielle.

Anatomie pathologique. — La tumeur est formée par une masse d'épithélioma pavimenteux lobulé.

Les cellules sont volumineuses, rondes ou ovales ; elles fixent les réactifs colorants (picro-carmin, hématoxyline de Bœhmer) avec beaucoup plus d'intensité que les cellules

des acini normaux. Dans la partie centrale du néoplasme se trouvent des masses cellulaires ayant subi la dégénérescence muqueuse, qui ne se colorent plus par les réactifs. La masse épithéliale est entourée d'une capsule conjonctive, épaisse, sauf en un point où elle fait défaut. Sur certaines coupes, on peut saisir nettement le processus évolutif. Sur une paroi conjonctive épaissie, infiltrée de petites cellules rondes, est appliquée une couche unique de cellules épithéliales cylindriques, analogues à celles de la face profonde de l'épithélium cutané ; les couches cellulaires plus internes sont formées d'éléments arrondis, ou plutôt polyédriques par pression réciproque, contenant un ou plusieurs noyaux volumineux. Toutes ces cellules se colorent bien par les réactifs colorants ; le picrocarmin leur donne une belle couleur rouge saumon, alors que les cellules normales des glandes de Meibomius restent claires et réfringentes, leur affinité pour les réactifs colorants étant bien moindre.

Dans l'intérieur des cellules épithéliomateuses, Sourdille a constaté la présence d'éléments arrondis, qui occupent l'intérieur du protoplasma cellulaire, et refoulent les noyaux à la périphérie. « Ces éléments se montrent dans les préparations sous l'aspect de cellules rondes ou ovales de 6 à 8 μ de diamètre. Ils ont une membrane d'enveloppe très épaisse, réfringente, brillante, à double contour très net ; un protoplasma bourré de granulations foncées, un noyau foncé de forme variable, tantôt renflé en forme de bouteille, tantôt courbé en virgule.

Ces éléments sont analogues à ceux rencontrés par

Malassez, Darier, Wickham, dans un certain nombre de tumeurs d'origine épithéliale.

Ces auteurs y voient une coccidie pathogène ; la plupart des auteurs considèrent ces formations comme une simple dégénérescence protoplasmique de la cellule néoplasique. »

« Dans la tumeur, on voit en outre par places les cellules, formant de véritables lobules épithéliomateux arrondis, s'aplatir et se disposer en zones concentriques, au centre desquelles se trouve un amas ayant subi la dégénérescence muqueuse.

L'ensemble constitue un véritable globe épithélial comme dans les épithéliomas lobulés de la peau ».

Dans l'observation rapportée par L. Dor (*Lyon Médical*, 1896), il s'agit d'un homme de 72 ans, qui entre à la clinique *pour un gros chalazion* de la paupière supérieure gauche ; cette paupière est atteinte de trichiasis ; il y a une légère kératite ; la paupière inférieure présente de la blépharite glandulo-ciliaire. L'œil droit est normal. La paupière malade a, dans son ensemble, une consistance squirrheuse ; les ganglions préauriculaires sont intacts, il y a quelques ganglions sous-maxillaires ; on pense à un cancer. On ne peut retourner la paupière sans anesthésie chloroformique ; à l'aide de celle-ci, on y arrive, et en prenant la paupière entre deux doigts on sent un cartilage tarse épaissi, induré. On fait l'extirpation de ce cartilage qui avait 3 à 4 millim. d'épaisseur, était augmenté de volume dans toutes ses dimensions, mais avait conservé la forme d'un cartilage normal.

L'examen histologique montre que le cartilage tout entier est transformé en un tissu ayant l'aspect du carcinome alvéolaire : amas de cellules épithéliales logées dans des alvéoles conjonctives.

Les cellules sont volumineuses, avec gros noyau et protoplasma clair. Elles ne présentent pas de pointes de Schultze comme dans l'épithélioma sébacé. Le noyau se colore bien ; il a des nucléoles ; on aperçoit quelques figures karyokinétiques. On trouve dans les cellules, comme dans le cas de Sourdille, des pseudo-parasites de Malassez et Darier. Le centre des amas épithéliaux ne présente aucune tendance à la kératinisation, ce qui permet d'exclure l'hypothèse d'un épithéliome à point de départ malpighien.

Le stroma est essentiellement conjonctif, contenant quelques fibres musculaires striées en voie de désintégration ; une infiltration énorme de petites cellules migratrices à noyaux bien plus petits et bien plus colorés que ceux des cellules épithéliales se montre dans ce stroma.

Au sein de ces cellules migratrices, on aperçoit par ci par là, une ou deux cellules à gros noyau, ressemblant aux cellules qui remplissent les avéoles, et qui sont très probablement des cellules cancéreuses, témoignant de la greffe à distance autour de la tumeur.

Pour l'auteur, l'infiltration de cellules embryonnaires est due à l'inflammation de la tumeur ; elle n'est pas nécessaire, et il pense qu'une tumeur des glandes de Meibomius qui ne serait pas enflammée par suite de sa pénétration par des microbes ne serait constituée que par des amas épithéliaux et un stroma fibreux.

Dor, admettant la théorie moderne de la *spécificité cellulaire*, conclut que, puisque dans les glandes de Moll, dans celles de Krause, il n'existe pas de cellules analogues à celles qui remplissent les alvéoles de la tumeur, et puisque celles-ci sont semblables aux cellules qui existent dans la glande de Meibomius normale, la *tumeur est un épithélioma primitif développé aux dépens des glandes de Meibomius.*

Trois mois après une récidive confirmait le diagnostic d'épithélioma.

Nous pouvons ajouter à ces observations l'histoire de deux autres cas, qui nous ont été aimablement transmis le premier par M. le Dr Chevallereau (Observat. XXVIII), le second par M. le Dr Kalt (Observation XXIX).

L'examen histologique de ces deux cas a été fait par M. Kalt.

V. — Diagnostic

A. — *Le chalazion et le sarcome*

Le diagnostic des tumeurs malignes que nous venons d'étudier présente en général beaucoup de difficultés au début par suite de leur grande ressemblance avec le chalazion.

Desmarres avait peut-être raison quand il appelait chalazion toutes les tumeurs qui se développent dans l'épaisseur de la paupière et qui font saillie soit du côté de la peau, soit du côté de la conjonctive, à une distance quelconque du bord libre, donnant au doigt qui

palpe la sensation d'un grêlon (suivant l'étymologie grecque du mot chalazion) encastré dans la paupière.

Les théories pathogéniques émises sur la nature du chalazion ont été nombreuses.

Il fut d'abord considéré comme un simple kyste par rétention d'une glande de Meibomius (Rylwa, Warlomont, de Wecker), comme un follicule meibomien induré, un véritable orgeolet meibomien passé à l'état chronique (Tavignot, Caron de Villard). Plus tard on fit du cartilage tarse lui-même le siège primitif de l'inflammation ; pour de Vincentiis, à la suite d'une inflammation d'une glande de Meibomius, il se produit autour de la glande une prolifération cellulaire qui détruit le tissu tarsien.

De Vincentiis décrit dans le tissu néoformé de nombreuses cellules géantes. Pour Chrétien Benz, il y aurait une périadénite meibomienne amenant une inflammation subaiguë ou chronique du tarse, précédée ou accompagnée d'une adénite meibomienne. Poncet, du Val-de-Grâce, décrit des microcoques dans le contenu du chalazion ; pour lui, il y a d'abord obstruction canaliculaire, desquamation épithéliale de l'acinus ; l'épithélium *est remplacé par un tissu embryonnaire formé de jeunes cellules rondes, en tout semblables à celles du sarcome globo-cellulaire,* qui se mélangent à l'ancien épithélium desquamé.

La paroi même de l'acinus est farcie d'éléments cellulaires jeunes. Le contenu du chalazion examiné au microscope se montre formé par la réunion de petites cellules sphériques et d'éléments épithéliaux ; dans ces élé-

ments épithéliaux, les colorants d'aniline révèlent la présence de gros microcoques.

Boucheron a pu cultiver ces microcoques et les injecter dans des glandes de Meibomius d'animal de laboratoire ; il a produit un chalazion typique qui examiné par Poncet lui a montré une histogénèse et une texture absolument semblable à celles du chalazion humain spontané.

Lagrange, dans une étude parue dans les *Archives d'ophtalmologie* de 1889, portant sur 15 cas de chalazion, a mis au point la pathogénie de cette affection. Les conclusions auxquelles il arrive sont les suivantes :

Le chalazion est une néoplasie inflammatoire intra-palpébrale *composée d'éléments embryonnaires jeunes, un granulome* (Wirchow), qui prend son origine dans une inflammation glandulaire meibomienne.

Il comprend dans son évolution 3 périodes :

1° Adénite et périadénite consécutive ;

2° Saillie de la tumeur néoformée tantôt sous la conjonctive (chalazion interne) tantôt du côté de la peau (chalazion externe) ;

3° Le contenu du chalazion est composé de jeunes cellules embryonnaires et de rares débris épithéliaux ;

4° Les débris épithéliaux contiennent des microcoques arrondis, séparés, visibles dans les cellules épithéliales ou en dehors d'elles ; les cellules embryonnaires ne contiennent pas de microbes.

5° Ces microbes paraissent jouer un rôle très secondaire dans la production de l'affection.

Lagrange n'a pas vu de cellules géantes dans les coupes ;

selon lui, de Vincentiis a pris pour des cellules géantes la lumière de gros vaisseaux.

6° Le chalazion externe peut atteindre un volume considérable et en imposer pour un néoplasme cutané, mais il est toujours en contact avec le tarse et procède d'une adénite meibomienne.

On voit, par ce qui précède, que la structure du chalazion est identique à celle du sarcome à cellules jeunes; quelques chalazions montrent même sur les coupes des cellules fusiformes en petit nombre (Lagrange).

Il peut, dans certains cas, être diffus : le granulome diffuse au hasard des mailles du tissu conjonctif. La capsule fibreuse est une création de défense du tissu conjonctif vis-à-vis du tissu embryonnaire. Tantôt, elle est absente, tantôt elle est épaisse, pouvant atteindre 1 millimètre d'épaisseur.

Dans certains cas, elle n'envoie pas de cloisons conjonctives, dans l'intérieur du nodule embryonnaire; le contenu du chalazion est mou, diffluent. D'autres fois, dans certains chalazions durs, d'aspect fibromateux, la poche épaisse envoie des travées conjonctives dans l'intérieur du nodule.

Le tissu du chalazion, comme celui du sarcome, montre sur les coupes, des vaisseaux jeunes, embryonnaires, au premier stade de leur évolution formative, sans parois propres; quelques-uns ont une paroi mince à double contour; on peut voir dans la lumière de ces vaisseaux des globules de sang bien développés, ce qui prouve qu'ils communiquent avec la circulation générale. Comme dans le sarcome, ces vaisseaux se forment probablement aux

dépens des cellules embryonnaires de la néoformation. C'est du processus ulcératif qui atteint le tarse que dépend la variété du chalazion ; si les produits de la périadénite font de préférence saillie sous la conjonctive, on a le chalazion interne ; si le tarse est envahi dans sa moitié antérieure, la néoformation embryonnaire gagne le tissu cellulaire antérieur de la paupière : on a le chalazion externe.

Si le microcoque montre une structure identique dans le chalazion et dans le sarcome à cellules rondes, on comprend que l'histologie elle-même soit insuffisante au début du mal pour différencier les deux affections.

Mais leur évolution clinique est bien différente ; le chalazion est une affection bénigne, un simple produit inflammatoire, un granulome et non une tumeur ; le sarcome au contraire est une véritable tumeur maligne, qui s'étend rapidement, envahit en peu de temps toute l'épaisseur de la paupière dans laquelle il est né ; qui s'infiltre dans la joue, dans l'orbite et dans les cavités voisines. Son ablation, si d'emblée l'on n'a pas taillé en plein tissu sain, loin des limites de la tumeur, est suivie de récidive à peu près fatale à brève échéance. Rappelons encore en effet que dans les deux seuls cas de guérison publiés (Zimmermann et Fage), on avait du premier coup enlevé largement toute la paupière atteinte, dès qu'on eut nettement établi le diagnostic de tumeur maligne.

B. L'Epithélioma meibomien et les tumeurs bénignes des glandes de Meibomius.

Le diagnostic de l'épithéliome meibomien est à faire avec l'adénome meibomien, le chalazion, l'abcès ou l'infarctus des glandes de Meibomius (acné meibomienne).

L'adénome est au point de vue clinique une tumeur dont la marche est beaucoup plus lente que celle de l'épithéliome. Son évolution met des années à se faire, 2 à 25 ans, d'après Salzmann. Elle n'est pas douloureuse, elle acquiert un volume considérable en respectant indéfiniment la conjonctive et le revêtement cutané des paupières.

Il n'y a pas d'engorgement des ganglions préauriculaires. Au point de vue histologique, « l'adénome, dit Salzmann, est formée de *lobules glandulaires agglomérés séparés par des cloisons conjonctives.*

L'ensemble de la tumeur est entouré d'une capsule conjonctive. Les lobules sont de volume variable, et dépassent de 10 à 12 fois celui des acini normaux des glandes de Meibomius. *Ils sont composés d'une masse de cellules rondes ou ovales, le plus souvent polygonales par pression, sans substance interstitielle, sans vaisseaux.* Les cellules de la périphérie se comportent comme les cellules des acini normaux pour ce qui concerne les rapports du noyau au corps cellulaire et leurs propriétés vis-à-vis des réactifs colorants ; cependant leur forme et leur disposition ne sont pas aussi régulières. Les portions centrales des grands lobules montrent une métamorphose régressive : les noyaux ne se colorent plus, le protoplas-

ma est granuleux, les contours cellulaires deviennent indistincts et finalement le tout est transformé en une masse granuleuse, irrégulièrement fendue, dans laquelle on peut distinguer, çà et là des parcelles de noyau. Les cloisons sont formées de fibres conjonctives parallèles et serrées entre lesquelles se trouvent des cellules ovales isolées ou des cellules rondes en amas ; la périphérie de la tumeur est revêtue d'une capsule dont la structure est analogue à celle des cloisons ; les vaisseaux y sont rares. »

Le diagnostic est à faire aussi avec l'abcès ou l'infarctus des glandes de Meibomius (acné meibomienne de Panas). Cette affection, qui se rencontre principalement chez les arthritiques prédisposés aux blépharites ciliaires, débute au milieu des signes habituels de la blépharite, par une petite élevure conique d'un rouge vif uniforme au niveau du bord palpébral. Ce bouton persiste pendant des jours et des semaines. Si l'on renverse la paupière, on voit du bouton marginal partir une rougeur vive qui s'étend assez loin sur la conjonctive ; au centre de la tache rouge, on aperçoit un tractus blanc-jaunâtre, situé sous la muqueuse, et qui marque le passage d'un canalicule excréteur meibomien apparaissant par transparence, dans lequel s'est localisé un petit abcès, constitué par du pus plus ou moins concret.

Quand l'affection est ancienne, le contenu du canal est constitué par une sorte de calcul solide, formé de dépôts calcaires et de fines paillettes de cholestérine(Panas).

Au début, on peut, en pressant les paupières entre les doigts, faire sortir le pus par les orifices des glandes de

Meibomius sous forme de filaments blanchâtres et épais, analogues à du vermicelle cuit.

Au microscope on voit une desquamation de la plus grande partie de l'épithélium, et la présence dans la cavité acineuse d'une grande quantité de cellules lymphatiques, de globules de pus, des microbes, et quelquefois un amas dense, dur, une sorte de calcul calcaire (1).

VI. — Pronostic.

Comme le montre l'étude clinique, le pronostic du sarcome et de l'épithéliome est très sévère. Nous avons vu l'extrême fréquence des récidives après l'opération quand celle-ci n'est pas large d'emblée, et la généralisation amenant la mort comme terme ultime de l'affection abandonnée à elle-même.

Les tumeurs malignes se propagent souvent non par continuation, mais par dissémination, c'est-à-dire qu'elles envoient comme avant-garde tout autour d'elles des cellules qui forment des tumeurs microscopiques à une petite distance de la tumeur primitive ; ces petites masses cellulaires échappent à l'opération et deviennent la cause des récidives.

---

1. Le diagnostic des tumeurs que nous venons d'étudier est à faire aussi avec les néoplasies syphilitiques et tuberculeuses ; dans la première hypothèse, on instituera le traitement mixte (mercure et iodure de potassium) ; dans la seconde on fera l'inoculation sous la peau du cobaye, de fragments de la tumeur extirpée. On fera l'autopsie de l'animal plusieurs semaines après.

Application au pronostic de la méthode glycogénique de Brault. — Brault, dans une série de travaux, a montré que toute néoplasie en voie d'accroissement se traduit par une suractivité nutritive des cellules, et par l'accumulation de réserves alimentaires dont la plus importante est le glycogène. « Il en ressort que l'apparition du glycogène dans les tumeurs prend une valeur d'autant plus grande que cette substance ne se rencontre jamais dans les tissus normaux ou les organes après la naissance, sauf le foie, les muscles et les cartilages. Si la glycogénèse est toujours excessivement accusée dans les tumeurs où se produisent des karyokinèses et des cytodiérèses nombreuses, elle est aussi très apparente alors que les mouvements des masses nucléaires sont à peine indiqués. Elle correspond donc à une fonction plus générale que la division des noyaux, et comme elle est exactement proportionnelle à l'intensité de développement des tumeurs, on peut, en se basant sur les variations qu'elle présente, tirer des conclusions fermes touchant le pronostic »....
« toutes les tumeurs sans exception peuvent contenir du glycogène, aussi bien celles d'origine conjonctive que les tumeurs épithéliales.

Dans les cancers et dans les sarcomes, la glycogénèse se montre identique, car elle répond aux mêmes besoins ». Bien plus la glycogénèse ne s'observe jamais dans les inflammations, de telle sorte que, au point de vue des tumeurs qui nous occupent, en présence d'un chalazion qui récidive, la présence de la réaction glycogénique permet d'affirmer une tumeur maligne. Voici le procédé de technique indiqué par Brault pour la mise en évidence de cette réaction:

« Le glycogène est très fragile et se détruit peu à peu dans les fragments de tissus ou d'organes séparés de leurs vaisseaux nutritifs ou privés de circulation. Depuis les expériences de Cl. Bernard, on sait que le glycogène se détruit spontanément ou en présence de l'eau, mais qu'il est coagulé par l'alcool. C'est à ce réactif qu'il convient d'avoir recours tout d'abord.

« On prélève sur une tumeur fraîchement extirpée un fragment de 2 à 4 millimètres d'épaisseur, sur une largeur et une longueur assez grandes, car il est avantageux de constater les modifications que subissent les parties saines, qui confinent à la tumeur.

« On la plonge dans l'alcool absolu; l'alcool à 95, 92, 90° même peut suffire en pratique. Après 24 heures de séjour dans l'alcool, la fixation est suffisante. Si de plus la pièce à examiner présente une consistance assez ferme, elle peut être immédiatement montée et débitée en coupes. Si la consistance est trop faible, la pièce sera incluse dans le collodion.

« On reçoit les coupes dans un cristallisoir plein d'alcool absolu ou à 95° ; on les place sur lame, on leur fait subir une demi-dessication pour assurer leur adhérence, puis on les traite par la gomme iodée.

Eau.	30 à 40 grammes
Iodure de potassium.	10 grammes
Iode.	1 gramme

puis, on ajoute peu à peu 200 grammes de gomme sirupeuse, en agitant. L'adjonction de la gomme est néces-

saire par ce fait que le glycogène ne subit en sa présence aucune modification, tandis que dans une solution aqueuse iodo-iodurée, il finit par disparaître.

« Lorsque la gomme iodée a pénétré la préparation, on reconnaît immédiatement le glycogène à sa coloration brun acajou se détachant sur un fond jaune uniforme. Toutes les parties étant facilement reconnaissables on localise la substance amylacée dans les cellules qui en contiennent.

« Le procédé de fixation par l'alcool est le procédé de choix ; c'est le plus expéditif et le plus pratique, car il permet au bout d'un jour ou deux d'examiner de nombreux points d'une tumeur, en faisant, si on le juge préférable, des coupes à main levée. Sur ces coupes, même irrégulières, on obtient les renseignements les plus utiles, car on juge à première vue de la répartition générale et de la quantité proportionnelle du glycogène contenu dans les cellules.

« Les tissus envahis par la tumeur restent uniformément teintés en jaune clair, sans présenter la moindre réaction glycogénique. Dans les tumeurs à développement rapide, la ligne de séparation est très tranchée et beaucoup plus marquée par la réaction de l'iode sur le glycogène que par n'importe quelle autre méthode de coloration.

« Les mêmes modifications peuvent être constatées dans l'intérieur des ganglions. Il faut en pratiquer l'examen systématique. On y trouve le glycogène dans les cellules néoplasiques.

« Cette réaction s'observe aussi dans les noyaux secon-

daires à toute distance de la tumeur primitive, et dans les noyaux de généralisation.

La recherche du glycogène est délicate dans le sarcome mélanique, à cause du pigment qui infiltre les cellules.

On examinera avec soin la périphérie des nodules sarcomateux dont les cellules ne sont pas encore pigmentées. La réaction glycogénique apparaîtra souvent nettement sur ces dernières. Si toutes les cellules sont noires, on ne s'attardera pas à la recherche du glycogène, puisqu'il est établi par l'observation que les sarcomes mélaniques sont d'une gravité exceptionnelle.

TRAITEMENT

L'étude que nous venons de faire du sarcome et de l'épithélioma meibomien primitifs des paupières nous dispensera d'insister sur leur traitement; car cette étude montre qu'il doit être précoce et consister en une extirpation large, le plus loin possible des limites de la tumeur.

Les observations que nous rapportons, montrent que généralement la simple excision en V ou en U de la paupière, qui semble à l'œil nu enlever la tumeur, est suivie de récidive.

Sans faire attention à l'esthétique du sujet, toute tumeur qui, prise d'abord pour un chalazion, aura rapidement récidivé après l'opération habituelle du chalazion (quand surtout le microscope et la présence du glycogène auront montré nettement sa nature maligne), sera opérée par l'ablation de toute la paupière malade, même si le noyau néoplasique est petit et semble stationnaire. Il faudra rechercher les ganglions et les enlever, s'ils sont engorgés, car on ne peut savoir cliniquement s'il s'agit d'une dégénérescence sarcomateuse ganglionnaire ou d'une simple adénite infectieuse, comme cela peut arriver quand la tumeur est ulcérée. Le volume énorme de la tumeur,

l'envahissement des cavités voisines de la face par ses prolongements, l'état général mauvais, indiquant une généralisation probable, sont des contre-indications à l'intervention.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Richet : In Clinique faite à l'Hôtel-Dieu de Paris.
Rapportée par le « Mouvement médical » 1879.
Sarcome fasciculé mélanique de la paupière.

Pas d'examen histologique.

Tumeur ayant eu comme point de départ la conjonctive palpébrale ; présente en certains points une apparence noirâtre..... *La mélanose est un signe de malignité dans ces tumeurs et elle a une influence considérable sur le pronostic....* Les sarcomes mélaniques ont une grande tendance à la récidive et à la généralisation. Peut-être les *ganglions parotidiens* sont-ils envahis, mon intention étant d'enlever ces ganglions pour les soumettre à un examen minutieux. Quant au sang que nous avons recueilli l'autre jour, nous n'y avons découvert aucune trace d'éléments mélaniques. Je me bornerai à vous faire observer la très grande fréquence de la mélanose dans les tumeurs de l'œil, sans vous donner de ce fait clinique d'autre explication.

OBSERVATION II

Dr Ceppi, de Porrentruy (Suisse) :
(Société anatomique de Paris (26 nov. 1880). — Progrès médical (8 mai 1881. Annales d'oculistique, t. 85, page 271).
Sarcome primitif de la conjonctive palpébrale.

Enfant, 5 ans 1/2.

Etude clinique. — N'a jamais fait de maladie. Est scrofuleux (forme torpide).

Un oncle du père, âgé de 65 à 70 ans est porteur d'un cancer de la verge.

La maladie a débuté, IL Y A 5 A 6 SEMAINES, PAR UN PETIT BOUTON, DE LA GROSSEUR D'UNE TÊTE D'ÉPINGLE, blanchâtre, qui n'a jamais occasionné de douleurs.

Etat actuel. — On aperçoit entre les paupières du côté gauche une tumeur composée de 2 à 3 lobes assez distincts, du volume total d'une grosse noisette, d'apparence charnue, rouge et très vascularisée dans la plus grande partie de sa surface, de consistance ferme, élastique. Cette sorte d'excroissance s'élève de 1/2 cm. au-dessus du bord libre de la paupière inférieure, quand l'œil regarde horizontalement. *Elle s'étend d'un angle à l'autre de l'œil.*

Elle est parfaitement mobile sur la paupière et sur le globe oculaire, qui ne sont d'ailleurs nullement altérés. Cette tumeur est donc libre et mobile dans toute son étendue, mais on voit nettement qu'elle adhère au niveau du pli muqueux bulbo-palpébral, qu'elle fait corps avec la conjonctive et est recouverte par cette membrane. La tumeur repousse en avant la paupière inférieure de 8 mm. environ et est légère-

ment adhérente au niveau de la caroncule lacrymale. Elle est indolore quand on la comprime en pressant sur la paupière ; elle est douloureuse à la palpation immédiate. CETTE TUMEUR A ATTEINT EN 3 SEMAINES LE VOLUME qu'elle PRÉSENTE AUJOURD'HUI. IL EXISTE UN PETIT GANGLION LYMPHATIQUE AU DEVANT DU TRAGUS.

DIAGNOSTIC : TUMEUR MALIGNE.

Opération le 26 septembre 1879, on enlève la totalité de la tumeur et le ganglion prétragien. Au bout de 4 jours, la guérison opératoire est complète.

Le 7 novembre suivant, il n'y avait pas trace de récidive.

Une traînée blanchâtre occupant le fond du sillon bulbo-palpébral inférieur dans toute sa longueur constitue la seule trace visible de l'opération. L'œil est normal ; sa mobilité est normale.

Le 10 décembre. — *2 mois après l'opération, récidive au niveau de la caroncule lacrymale*; 8 jours plus tard, le mal a fait des progrès sensibles ; à la fin de décembre, la petite tumeur blanc rosée, d'abord strictement limitée à la face profonde de la conjonctive, avec laquelle elle fait corps, commence à refouler le globe oculaire en haut et en dehors. Elle a le volume d'une petite noisette, projette en avant la paupière inférieure, et présente un prolongement orbitaire. On propose l'ablation de la tumeur avec évidement de l'orbite, opération qui n'est pas acceptée.

On pratique alors l'énucléation simple de la tumeur ; on trouve un prolongement dans l'orbite soulevant fortement le globe avec lequel il a contracté des adhérences intimes.

Deuxième récidive rapide. — La tumeur envahit toute la paupière inférieure, s'étale sur la joue, sous la forme

d'une MASSE CHARNUE ROUGEATRE ULCÉRÉE, *sécrétant un pus infect. Son volume est alors celui d'une grosse pomme; elle s'étend du nez à l'oreille.* Anémie excessive, mauvais état général.

Mort le 27 juillet 1880, 10 mois après la première opération.

L'enfant était alité depuis 2 mois, souffrant de maux de tête ; il avait de l'œdème des extrémités, des bourses. Vomissements fréquents, pas de convulsions ; l'enfant était toujours endormi les derniers jours (méningite probable).

Les méningites secondaires aux altérations lentes de la face, du crâne, évoluent sans grand appareil, sans convulsions notamment.

Etude anatomo-pathologique. — Examen histologique fait par l'auteur, confirmé par Langhans (*de Berne*). Durcissement par l'alcool, coloration par le carmin à l'alun. SARCOME A CELLULES RONDES *ou* SARCOME ENCÉPHALOÏDE. Sur plusieurs points, on constate une organisation plus avancée, on trouve les caractères du sarcome fasciculé.

OBSERVATION III

Julian J. Chisolm. M. D. professeur des maladies d'yeux et d'oreilles à l'université de Maryland et Baltimore.
(*Annales d'oculistique*, 1881).

Sarcome à éléments cellulaires arrondis, d'origine conjonctivale, observé chez une petite fille de 5 ans.
Développement pathologique très rare.

Fille, 5 ans.

Etude clinique. — Une petite fille *âgée de cinq ans* por-

tait *à la paupière supérieure gauche une grosseur arrondie, lisse, sans coloration spéciale,* ayant un volume plus grand que les kystes meibomiens les plus développés, mais situé plus haut sur la paupière que les tumeurs tarsales.

A un examen plus minutieux, on trouva que *la tumeur siégeait plutôt sous que dans la paupière* ; et en effet, en soulevant cette dernière, on constata comme cause du gonflement une *tumeur ronde, d'un rouge vif, ayant le volume d'une cerise* et s'étendant jusqu'au bord inférieur de la paupière. LA TUMEUR, SPHÉRIQUE, ÉTAIT INSÉRÉE SUR LA MUQUEUSE DANS LE CUL-DE-SAC CONJONCTIVAL, *au moyen d'un court pédicule.* Ce dernier paraissait très vasculaire. Le globe oculaire paraissait sain, la cornée était transparente, la pupille noire et active ; pas d'injection conjonctivale. Le rouge vif de la tumeur contrastait fortement avec la blancheur de la sclérotique. *Tout cela n'existait que depuis quelques jours.* L'enfant était délicat et fort anémique.

Par sa forme et sa consistance, la tumeur approchait des caractères de l'épulis ; mais sa coloration, plus luisante, faisait naître le soupçon d'une très grande malignité. On opère en étranglant le pédicule au moyen d'une forte ligature.

Etude anatomo-pathologique. — Le microscope révéla la texture d'un *sarcome à petites cellules arrondies.*

Un des points très intéressants de cette observation est la destruction totale de la cornée survenant sans cause connue, sans la moindre réaction, et affectant une marche des plus insidieuses. Quelques jours après l'ablation de la tumeur, on remarqua sur la cornée une petite ulcération superficielle qui à première vue, fut prise pour une légère abrasion accidentelle ;

surtout qu'il n'existait aucune injection conjonctivale, ni autres symptômes inflammatoires. Mais le lendemain, on constata une perforation au centre avec hernie de l'iris ; 4 jours après l'ablation de la tumeur, toute la cornée était détruite, et chose curieuse, pendant toute la durée de ce processus destructif on n'avait noté qu'une injection insignifiante et une sécrétion muco-purulente trop peu abondante pour coller les paupières.

Déjà à ce moment on remarquait au point d'implantation de la tumeur un *bouton rouge de nouvelle formation, et 3 mois plus tard une nouvelle tumeur plus grande que la première, à base plus large et adhérente au cul-de-sac conjonctival.*

OBSERVATION IV

Blanch : Recueil d'ophtalmologie (octobre 1882).
Mélanosarcome de la Paupière.
Sarcome globo-cellulaire mélanique de la conjonctive palpébrale.

Femme, 56 ans, blanchisseuse.

Etude clinique. —Le début de l'affection oculaire remonte à 10 ans auparavant.

A cette époque, apparition d'un petit point noir sur la cornée au-dessous de la prunelle : il disparut sans traitement. Un an après, il se forma une grosseur dans l'angle interne de l'œil (caroncule) du volume d'un grain de chênevis qui fut enlevée aux ciseaux. 4 mois après cette opération apparurent les premiers symptômes de l'affection qui amènent la malade actuellement à la clinique du Dr Galezowsyk.

Etat actuel. — La paupière supérieure ne présente rien

extérieurement, tout au plus est-elle un peu saillante. En la renversant, on voit *une tumeur placée sous la conjonctive, grosse comme une fève, étendue horizontalement, et composée de deux noyaux* bien définis placés obliquement en bas et en dehors. Mensuration de la tumeur : diamètre horizontal à la base = 25 mm ; diamètre vertical = 15 mm; épaisseur antéro-postérieure = 6 mm. au centre du néoplasme.

La tumeur est imprégnée dans toute son étendue de granulations pigmentaires beaucoup plus accusées dans le centre que sur les bords de la tumeur ; le pigment forme en ces endroits de petits îlots d'apparence diffuse. La surface est rugueuse au toucher ; la paupière est abaissée. La conjonctive qui entoure la tumeur est un peu œdématiée. En comprimant les vaisseaux du voisinage, on n'observe pas de changement dans le volume de la tumeur. Il n'y pas de ganglions engorgés.

Les symptômes fonctionnels consistent en un larmoiement peu prononcé, sécrétion muqueuse, photophobie légère et quelques troubles de la vue au réveil. Impossibilité de relever la paupière ; le fond de l'œil est normal.

Le diagnostic porté est : *mélanosarcome de la paupière supérieure.*

Opération. — Enucléation de la tumeur : incision de la conjonctive dans le cul-de-sac même, dépassant de 5 mm. les limites de celles-ci et comprenant le tissu cellulaire sous-conjonctival, le tarse et le muscle orbito-palpébral de Sappey.

Etude anatomo-pathologique. — On fait une coupe perpendiculaire à la base de la tumeur.

Examen microscopique. — A. grossissement = 30 diamètres (oculaire 1 ; objectif 2, ancien O. Nachet) : on voit :

1° Une couche de fibres musculaires coupées en sens divers.

2° Le tarse avec ses glandes de Meibomius et ses vaisseaux.

3° *Une masse homogène formée par de la substance finement granuleuse de couleur rosée qui occupe les 2/3 de la préparation au-dessous du cartilage tarse et qui entoure de petits vaisseaux sans parois distinctes ; dans certains endroits cette masse est comme criblée par des dépôts de pigment en forme d'îlots.*

B. grossissement de 500 diamètres, oculaire 1, objectif 5 Nachet.

On voit que *la substance granuleuse est composée exclusivement par de petites cellules embryonnaires* s'avançant jusqu'au tarse lui-même dans son extrémité gauche ; les cellules manquent du côté de la couche musculaire ; *ces cellules se présentent sous trois aspects : les unes ressemblent à celles du tissu embryonnaire normal ; les autres, plus grosses, ont des noyaux multiples de 6 μ environ de diamètre : ce sont les* CELLULES MÈRES DE MULLER, LES MYÉLOPLAXES DE ROBIN ; *d'autres cellules, volumineuses, 9 à 10 μ de D, sont remplies par une substance noirâtre qui les rend opaques.*

Conclusion : Sarcome mélanique ayant pris son origine dans le tissu conjonctif sous-conjonctival, dont on ne trouve plus que des débris ; empiète un peu sur le tissu du tarse, s'arrête au niveau du muscle orbiculaire ; est formé de

cellules rondes, pas d'éléments interstitiels, vaisseaux sans parois propres, infiltration pigmentaire mélanique.

La malade, revue 2 mois après, ne présentait pas de récidive.

OBSERVATION V

Eperon, chef de clinique du Dr Landolt.

Sarcome de la région interne de la paupière inférieure gauche
Extirpation. Autoplastie.
Archives d'ophtalmologie. Mai-juin 1883.

Femme de 32 ans.

Etude clinique. — Se présente à la clinique avec une *tumeur occupant la région de l'angle interne de l'œil gauche, le dos du nez et une partie de la joue.*

Cette tumeur s'est développée assez rapidement, EN SIX MOIS.

Au début, c'était un « SIMPLE PETIT BOUTON », suivant l'expression de la malade. Aucune douleur pendant toute la durée du développement. Aucun trouble fonctionnel de l'œil, sauf un peu de larmoiement qui a disparu. On ne note aucun traumatisme antérieur, pas d'antécédents syphilitiques. Aucune influence héréditaire.

Le néoplasme, en forme de cœur de carte à jouer, siège principalement sur la région du sac lacrymal, la partie interne de la paupière inférieure qu'elle refoule en haut, en produisant une occlusion presque complète de la fente palpébrale. Le sillon naso-jugal est effacé.

Dimensions de la tumeur : hauteur = 32 mm. ; largeur = 32 mm.

Elle forme une saillie bosselée assez considérable dépassant en certains endroits le dos du nez. La coloration de sa surface ne diffère guère de celles des parties environnantes ; fins réseaux veineux sous-cutanés. La consistance est dure, peu élastique. La tumeur se laisse déplacer faiblement dans son enveloppe cutanée, sauf au niveau de l'angle interne de l'œil où elle paraît plus profondément implantée. La fosse nasale gauche, soigneusement explorée, se montre parfaitement libre. Il y a du catarrhe chronique et un certain degré d'ozène. L'antre d'Higmore gauche paraît également sain. L'exploration des ganglions parotidiens, prétragiens, sous-maxillaires et sous-occipitaux ne décèle aucun engorgement.

On crut un moment à de la syphilis. La malade fut soumise au traitement spécifique *intus* et *extra*.

Le 1er novembre 1882. — Opération faite par le Dr Landolt. La tumeur est circonscrite à 1 cm. de son bord ; l'incision pénètre jusque sur le squelette facial. L'incision est commencée au niveau de l'angle interne de l'œil à 3 mm. environ au-dessous du bord palpébral, qui est respecté dans toute son étendue, puis elle s'étend verticalement en bas, contourne le bord inférieur de la tumeur, remonte sur les côtés et le dos du nez pour aboutir au-dessous de la tête du sourcil.

Etude anatomo-pathologique. — Le volume de la tumeur est celui d'un petit œuf de poule. La coupe a une COULEUR BLANC ROUGEATRE. IL N'Y A PAS DE MEMBRANE D'ENVELOPPE : le tissu de la tumeur se continue sans démarcation avec les tissus normaux.

Durcissement à l'alcool.

Examen des coupes : petites cellules rondes, à noyau volumineux, souvent divisé ; protoplasme finement granu-

leux ; faible quantité de substance intercellulaire amorphe entre les groupes de cellules. ORIGINE DE LA TUMEUR : aux dépens du tissu conjonctif des muscles qui entrelacent leurs fibres dans la région de l'angle interne de l'œil ; sur les coupes on voit des traînées cellulaires comprises entre des travées de fibres musculaires. Parmi ces fibres, les unes paraissent normales, ont conservé intacte leur striation transversale ; les autres ne présentent déjà plus que la striation longitudinale et des gouttelettes graisseuses entourant les noyaux ; d'autres enfin sont à peine reconnaissables à de légers vestiges de striation transversale et longitudinale.

La portion la plus récente de la tumeur se montre uniquement composée de cellules rondes caractéristiques et de vaisseaux sanguins.

Ces vaisseaux présentent un aspect particulier, retrouvé dans presque tous les sarcomes de cette région (CYLINDROMES DE BILLROTH, DE DE GRAEFE) : c'est une DÉGÉNÉRESCENCE HYALINE DE LEURS PAROIS, qui prend parfois des proportions considérables. Peu accusé dans notre cas, ils ne constituent guère qu'une bandelette réfringente à bords irréguliers accompagnant les ramifications vasculaires.

Pas de récidive quatre mois après l'opération.

La malade n'a pas été suivie dans la suite.

OBSERVATION VI

Gallenga : Annales d'ophtalmologie, (1885).
Sarcome mélanique de la paupière supérieure droite.

Femme, 34 ans.

Etude clinique. — La maladie avait débuté par UNE PETITE

TUMEUR NOIRE PÉDICULÉE au milieu du bord ciliaire de la paupière supérieure droite.

Cette tumeur, enlevée par la ligature, une autre se forma un mois et demi après, dans l'épaisseur même de la paupière.

Les dimensions de cette nouvelle tumeur 15 mois après son début étaient celles d'une grosse noisette. C'est alors que la malade fut admise à la clinique avec le diagnostic *sarcome mélanique des 2/3 internes de la paupière avec angiectasie probable.* La peau était mobile au-dessus de la tumeur, celle-ci faisait une légère proéminence noire au-dessus de la conjonctive. Trois bosselures étaient saisissables au doigt sur la portion attenante au bord ciliaire ; le reste de la surface était lisse.

Le 24 mai 1884, excision complète de la tumeur; la malade quitte la clinique le 9 juin.

Etude anatomo-pathologique. — Dimensions de la tumeur : largeur : 0,020 ; hauteur : 0,018 ; épaisseur 0,016. *La surface de section est très noire*, mais on peut voir vers le bord ciliaire un petit nodule de couleur rougeâtre. L'examen microscopique fait voir dans la peau et dans le muscle orbiculaire correspondant à la partie inférieure de la tumeur une infiltration *de cellules embryonnaires jeunes.* Dans le reste de leur étendue, ces parties sont intactes. *La tumeur est enveloppée en haut, en avant et en bas, par une capsule de tissu conjonctif serré.* Nombreux vaisseaux gorgés de sang, mais à calibre régulier, à proximité de la capsule ; quelques-uns la traversent et vont dans l'intérieur de la tumeur. Des vaisseaux fortement gorgés existent aussi du côté de la conjonctive, surtout en haut et en bas, où grâce à

la forme sphérique de la tumeur la distance de celle-ci à la conjonctive est plus grande.

Un noyau adjacent à la masse principale de la tumeur existe à la partie postéro-supérieure de celle-ci. Il ne présente que quelques amas de pigment. Un deuxième nodule, inférieur, siège au devant du muscle de Riolan dont il est séparé par un tissu connectif lâche infiltré abondamment de cellules. Un tissu connectif semblable le sépare en haut des fibres inférieures du muscle orbiculaire. Il se trouve enfin placé entre les infundibuli des glandes du bord palpébral. En dedans il est en rapport avec le conduit lacrymal resté intact.

La grosse tumeur est formée de cellules rondes, petites et grandes et surtout de cellules fusiformes. *Le pigment est disposé, tantôt en amas ronds, tantôt en granulations occupant l'intérieur même des cellules.*

Le stroma est formé par un tissu connectif à mailles fines et minces, qui devient plus épais à proximité des vaisseaux.

Les dimensions des cellules rondes sont de 8 à 10 μ; quelques-unes contiennent plusieurs noyaux. Les grandes cellules ont 18, 25, 30 μ de long. et sont pourvues de noyaux plus nombreux de 5 à 6 μ de diamètre. — Abondance de cellules fusiformes à plusieurs noyaux : les noyaux sont dépourvus de pigment. Les cellules sont très serrées entre elles, et ce n'est qu'en quelques endroits qu'on aperçoit le stroma. Vaisseaux abondent dans la tumeur ; nulle part d'extravasations ; les vaisseaux suivent les cloisons connectives ; leurs parois ne présentent aucune trace de pigment.

Les cloisons connectives émanent de la capsule qui enveloppe la tumeur.

Le petit nodule pigmenté du bord ciliaire est lui aussi entouré d'une capsule, de la face interne de laquelle partent des cloisons qui forment des mailles dans lesquelles sont accumulées des cellules rondes, grandes et petites.

Les cellules du centre sont complètement dépourvues de pigment, on en constate quelques traces dans celles de la périphérie ; quelque peu de pigment existe aussi dans le tissu connectif des cloisons. Ces cellules sont à plusieurs noyaux, leur volume oscille entre 8 et 28 μ. Les vaisseaux y sont très minces et suivent les faisceaux connectifs.

Le nodule sous-conjonctival de la partie postéro-supérieure se compose presque uniquement de cellules rondes, petites, contenues dans les alvéoles de tissu connectif épais, qui forme un réseau à mailles ovalaires ou rondes. Toute la masse est enveloppée par une capsule dont une portion adhère intimement à la grosse tumeur noire.

Les cellules sont du type des connectives jeunes, et leur nombre dans chaque alvéole est de 25 à 30 ; elles sont très serrées et pourvues d'un gros noyau, quelquefois de plusieurs.

Par ci par là, on rencontre de petits amas de pigment immigrés de la tumeur principale.

On ne peut douter que la première tumeur noire ait été la première à se développer et il faut aussi admettre que son *origine est dans le tarse, car on ne découvre plus de traces du cartilage tarse qu'à la partie inférieure, tandis que la conjonctive est parfaitement conservée sur la plus grande étendue de la tumeur.* La connexion est évidente entre la masse principale et le petit nodule d'en haut ; elle est plus difficile à saisir pour la petite tumeur du bord ciliaire.

OBSERVATION VII

Van Duyse ; Annales d'oculistique. Septembre-octobre 1887, *mai-juin* 1889. *Myxosarcome de la paupière supérieure gauche, quatre récidives, mort.*

Fille, 7 ans. Influence du traumatisme.

Etude clinique.— 3 semaines avant l'entrée de la malade à l'hôpital, la tumeur n'avait que la moitié de son volume actuel. Il y a 9 semaines, l'enfant a reçu un *coup de coude qui a contusionné la paupière supérieure gauche* (*ecchymose*). La contusion a été suivie au bout de 8 jours de la production, vers le milieu de la paupière, d'une *petite tumeur semblable à un chalazion*. Le nodule grandit très rapidement et au bout de quelques jours acquit le *volume d'un gland*. Il était à cette époque indolore ; la peau ne présentait à son niveau aucune coloration spéciale. Après un arrêt de 8 jours dans son évolution, il est devenu une énorme tumeur. L'état général est bon. Du 23 au 27 juillet, on vit grandir la tumeur sous les yeux.

Etat actuel. — Volume plus grand que celui du poing fermé du sujet. — De profil, la tumeur a une forme hémisphérique ; dans son développement, elle a repoussé *en avant la peau*, et la conjonctive palpébrale en bas et en avant. La peau est amincie, de coloration rouge pourpre, sillonnée de veines dilatées dont les troncs principaux se dirigent pour la plupart de dehors en dedans. Elle glisse au devant de la tumeur. Du côté externe, il existe 3 ou 4 bosselures peu accentuées ; il en existe une également vers le milieu du segment supérieur de la tumeur. Il est impossible de soulever le néoplasme pour se rendre compte de la position de l'œil.

La tumeur est légèrement mobile au devant de l'ouverture de l'orbite. Elle est molle au toucher, rénitente, élastique, non réductible et n'est le siège d'aucune pulsation. Le palper semble douloureux. Il n'existe pas de ganglions tuméfiés au devant du tragus ni ailleurs. La conjonctive présente une hypertrophie des papilles d'aspect charnu. Il y a une sécrétion abondante de muco-pus.

Le bord palpébral divise horizontalement la tumeur en deux segments inégaux ; le supérieur, le plus considérable, est recouvert par la peau, l'inférieur repousse la conjonctive devant lui. Le sourcil gauche est refoulé en haut ; ses parties externes sont étalées dans le sillon qui limite supérieurement la base de la tumeur. En bas, celle-ci arrive à couvrir plus de la moitié de la joue. Si l'on regarde de profil du côté gauche, on constate que le nez est entièrement caché. De face, le côté interne de la tumeur est appliqué contre la racine du nez, qu'il déborde, laissant à ce niveau un sillon profond ; plus bas, la tumeur n'atteint pas l'aile du nez et s'en écarte suivant une ligne oblique de haut en bas et de dedans en dehors. Mensurations : périphérie à la base = 20 cm 5. Diamètre transversal = 12 cm. 2 ; diamètre vertical = 12 cm. 5.

Le 26 juillet 1887. — Opération, sous anesthésie ; incision transversale suivant le diamètre médian de la tumeur, distante de 8 à 10 mm. du bord palpébral. La peau et les fibres de l'orbiculaire sont disséquées, écartées. On trouve *une mince capsule enveloppant la tumeur en avant.* On dégage facilement la moitié supérieure de la tumeur, plus difficilement la moitié inférieure. Le cul-de-sac conjonctival est ouvert du côté interne par suite du développement plus actif de la tumeur de

ce côté. Ligature de la naso-frontale et de la palpébrale interne. L'œil, devenu visible, est intact ; mais refoulé en dehors et un peu en bas.

Le 29 juillet. — La réunion de la plaie était complète.

Etude anatomo-pathologique. — La tumeur, *très molle, tremblottante dans les parties antérieures*, s'est déchirée en plusieurs points pendant les manœuvres de dégagement. *Dans les parties centrale et externe, la consistance est celle d'un cerveau frais.* En d'autres points, du côté de la conjonctive et de l'angle interne de l'œil, elle est riche en vaisseaux et présente un aspect rouge vineux. L'ensemble des fragments pèse 80 grammes.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un sarcome à *petites cellules rondes*, avec *quelques petits éléments fusiformes. — Le néoplasme siège en arrière du muscle orbiculaire* : en aucun point il n'existe dans les coupes de fibres musculaires striées. *Le tarse est intact. La conjonctive est envahie seulement au niveau du grand angle de l'œil. L'origine du néoplasme est dans le tissu cellulaire lâche qui sépare le tarse du muscle orbiculaire.* La tumeur repousse devant elle le muscle et la peau d'une part, d'autre part la conjonctive et le tarse dans sa partie inférieure, le fascia palpébral supérieur de Schwalbe ou septum orbitaire dans sa partie supérieure, en englobant probablement, dans la partie orbitaire de la paupière les expansions fibrillaires du tendon principal ou antérieur du releveur palpébral.

Son développement s'est fait en avant, la tumeur étant bridée en arrière par le septum orbitaire inséré sur la marge de l'orbite. Au sein de la tumeur existent quelques groupes de cellules adipeuses qui n'appartiennent pas au tissu cellu-

laire non envahi de l'orbite. Nulle part, sur les coupes, il n'existe de glandes, de traînées épithéliales, de pigmentation des éléments, de pigment hématique, de fibres musculaires lisses. *Les cellules sont fusiformes là où les éléments sont condensés, rondes là où la multiplication cellulaire est le plus active, surtout au pourtour des vaisseaux.* On trouve par ci par là des *cellules étoilées à prolongements fins : ce sont des cellules muqueuses.* En certains points de la tumeur, la substance intercellulaire est très abondante, c'est de la gelée de Wharton. *La tumeur est un myxosarcome.*

Ziegler a dit que les tumeurs qui à l'examen de la coupe se montrent mi-partie hyalines, mi-partie gris blanchâtres, sont une combinaison particulière du sarcome et du tissu muqueux. Ce dernier consiste en une substance fondamentale et en un réseau de cellules anastomosées. Le tissu sarcomateux par contre est représenté par des traînées dichotomiques d'éléments serrés les uns contre les autres ; comme les traînées sont polymorphes et s'anastomosent entre elles, la tumeur prend un aspect tout spécial qui lui a valu le nom de cylindrome ; sa structure doit la faire considérer comme un myxosarcome (*Van Duyse : Annales d'oculistique*, 1887).

Deux mois après l'opération, récidive ; le 21 octobre 1887, le professeur Boddaert procédait à l'ablation de la paupière jusqu'au-dessous du sourcil. Sur la pièce anatomique de la récidive, on constate que celle-ci se compose principalement de deux noyaux sarcomateux, l'un interne, l'autre externe, du volume d'une petite châtaigne.

Le tiers inférieur de la paupière n'est pas envahi. Le noyau interne a englobé le derme de la peau entre la tête du sourcil et la limite saine de la paupière. Le noyau externe

a respecté la peau, mais s'est surtout développé aux dépens du tissu sous-conjonctival de la moitié externe de la paupière. Ce noyau fournit en outre en bas un prolongement lobulé qui a envahi la conjonctive. Les tissus néoplasiés sont exclusivement constitués par des éléments fusiformes de petites dimensions (sarcome fuso-cellulaire). Le tissu muqueux constaté dans la tumeur primitive ne se retrouve plus ici.

Après cette deuxième opération, l'enfant retourna chez ses parents ; *une 3e récidive se fit.* Le Dr Lebon de Courtrai pratique l'évidement orbitaire le 22 février 1888 : râclage à la curette tranchante, application du thermocautère ; pas d'examen histologique. *Le néoplasme surgissant de nouveau remplit la cavité orbitaire* ; il se développe rapidement au dehors, prend des dimensions considérables. *Le volume de la tumeur finit par égaler celui de la tête de l'enfant. Sphacèle des parties superficielles, fréquentes et abondantes hémorrhagies.* Mort le 15 août 1888.

Conclusions.— Nécessité de l'opération précoce et radicale; ne pas se laisser arrêter par des considérations esthétiques. On sacrifiera la paupière, et si ce sacrifice ne suffit pas on enlèvera l'œil et le contenu orbitaire. « Mieux vaut perdre une fenêtre que toute la maison ».

OBSERVATION VIII

Zehender : 1872-73.
Tumor des rechten oberen Augelids.
Sans examen histologique.
(Rapportée par Van Duyse, in Annales d'oculistique (1887).

Garçon de 6 ans.

Tumeur de la paupière supérieure droite ayant rapidement augmenté de volume depuis quelques semaines. Traumatisme antérieur, coup sur la région orbitaire.

Diagnostic porté d'abord : *Kyste sanguin.*

Le 27 octobre 1872. — Une incision donne issue à une cuillerée à thé de sang fluide et noir, et une masse de tissu spongieux apparaît dans la plaie. Dix jours après, le tissu de la tumeur augmente considérablement dans la plaie, le bord supra-orbitaire est dépassé dans toute son étendue par la tumeur ; l'arc sourcilier siège sur elle. La tumeur vient jusqu'à l'aile du nez, du côté temporal elle est limitée par l'apophyse zygomatique du temporal.

Elle couvre la moitié de la joue. Entre la tumeur et le globe se montre le cul-de-sac conjonctival chémotique, hernié et repoussé en avant. L'œil ne peut être inspecté qu'après narcose. La surface de la paupière est très rouge. La masse qui fait hernie dans la cicatrice, grande comme une châtaigne, est recouverte de sang coagulé. Il existe une autre masse plus petite du côté du nez et saignant facilement. La consistance est molle. De la tempe au côté nasal, la tumeur mesure 13 cm.

11 novembre. — Le diagnostic porté est *tumeur maligne de la paupière supérieure.*

Le 27 novembre. — Opération ; incision de la peau sous le sourcil et parallèlement à lui. La tumeur est enlevée par fragments ; la conjonctive ne peut être que partiellement conservée.

L'œil est intact ; la *tumeur émet des prolongements dans l'orbite* ; on fait *l'exentération de l'orbite*.

La cicatrisation de l'orbite a attiré ultérieurement le sourcil au-dessous du bord supra-orbitaire, reconstituant ainsi une espèce de paupière supérieure. *L'enfant mourut quelque temps après des « suites de la tumeur »*. Il s'agissait très probablement de sarcome parvicellulaire.

OBSERVATION IX

Van Duyse. Annales d'oculistique, 1887.
Mélano-sarcome de la conjonctive palpébrale.

Femme, 48 *ans*.

Présente, en février 1884, une *tumeur du volume d'un haricot occupant la partie moyenne de la conjonctive palpébrale inférieure gauche*, de manière à être en partie visible quand la fente palpébrale est ouverte.

Extirpation.

Examen histologique : *sarcome fuso-cellulaire mélanique.*

Après 7 mois, la récidive commence. La paupière inférieure est largement envahie dans toute son épaisseur. Des nodules noirâtres se montrent dans la peau.

On propose l'excision avec blépharoplastie ; opération qui est refusée. La tumeur s'accroît vers la joue ; les ganglions sont encore indemnes, l'état général est satisfaisant.

OBSERVATION X

Lagrange : Communication faite à la Société française d'ophtalmologie (mai 1891).

Rapportée In Etudes sur les tumeurs de l'œil et annexes, 1892.

Tumeur mélanique sous-conjonctivale de la paupière supérieure gauche. Extirpation. Guérison.

Homme, 70 ans. — Influence du traumatisme.

Etude clinique. — Jean G..., entre à l'hôpital St-André (à Lyon), pour une *tumeur de la paupière supérieure gauche.*

Antécédents personnels. — Kératite droite il y a 10 ans, terminée par un leucome opaque supprimant presque la vision. En juin 1890, Jean G... *reçoit un vigoureux coup de bâton sur la tempe gauche* ; il en résulte un gonflement très accusé de la région, la paupière supérieure devient noire, tendue, ecchymotique, infiltrée de sang. Le sang se résorbe lentement ; lorsque la peau de la région reprend sa coloration normale, c'est-à-dire quelques semaines après, le malade constate dans l'épaisseur de la paupière l'existence d'une *tumeur dure, régulière*, de même volume qu'au moment où il entre à l'hôpital. Dans le courant des mois de juillet, août et septembre, cette grosseur palpébrale serait restée la même, uniformément dure, un peu irrégulière à sa surface, toujours recouverte par la peau saine et mobile. Jamais de douleurs, à aucun moment les fonctions visuelles n'ont été entravées.

Etat actuel. — A l'entrée à la clinique Jean G... porte à la paupière supérieure gauche une *tumeur grosse comme une noix* de moyenne grosseur, un peu allongée dans le

sens horizontal. Elle semble faire saillie sous la paupière soulevée et déformée, mais encore suffisamment ouverte pour que la vision s'effectue convenablement, chose indispensable à cause du leucome de l'œil droit. A la surface de la tumeur, la peau glisse facilement et la palpation fait sentir à travers le tégument normal dans sa couleur et son épaisseur une *masse assez dure, un peu irrégulière, mobile dans tous les sens, sans adhérence au squelette, sans ramifications dans l'orbite. A travers la demi transparence de la peau, on distingue la couleur noire du néoplasme.*

Le bord libre de la paupière est intact. Le volume de la tumeur ne permet pas de retourner la paupière pour explorer le cul-de-sac conjonctival, mais il est possible d'écarter cette paupière du globe de l'œil et d'examiner, par dessous, l'état du cul-de-sac conjonctival : il a ses dimensions ordinaires, la muqueuse est saine partout et glisse au niveau de la partie postérieure du néoplasme comme la peau à la surface antérieure. *La conjonctive bulbaire présente en plusieurs points des taches noirâtres qui tranchent sur l'aspect nacré de la sclérotique.* Ces taches paraissent s'être développées en même temps que la tumeur et pour les mêmes causes. La paupière inférieure ne présente rien de particulier. *Nulle trace d'engorgement ganglionnaire.* Etat général excellent.

Il s'agit donc d'une tumeur DATANT *de* 3 MOIS, *survenue après un traumatisme, localisée dans le tissu cellulaire de la paupière, entre le cartilage tarse et la peau.* — Caractères cliniques : mobilité entière, pas de douleurs, état stationnaire depuis plusieurs mois, intégrité du globe oculaire et de la conjonctive ; ces caractères pourraient faire

croire à une tumeur bénigne. Mais la coloration noirâtre, les petites taches pigmentées de la conjonctive, indiquent un néoplasme mélanique. Rôle du traumatisme, comme à l'origine de certaines tumeurs du sein, du testicule. Lagrange pense qu'il s'est développé un caillot d'abord, puis la tumeur. On sait que les caillots ne s'organisent pas (Ranvier, Durante). Il s'est produit une prolifération des cellules conjonctives entourant le caillot.

Diagnostic clinique : tumeur bénigne, actuellement colorée par du pigment sanguin. — Opération. Enucléation de la tumeur qui est facile.

Etude anatomo-pathologique. — Volume de la tumeur : celui d'une petite noix ; ovoïde, assez régulière en surface. Aspect d'une truffe. La coupe a également l'aspect d'une coupe de truffe.

En râclant la surface de section, on aperçoit quelques fines travées fibreuses. Sur les coupes, on voit des cellules fusiformes formant quelques faisceaux ; et des cellules rondes, prédominant, de 10 à 12 μ. de diamètre, présentant un ou plusieurs noyaux. Quelques travées fibreuses et quelques vaisseaux rares ; — pigment mélanique abondant ; — hémorhagies récentes à la périphérie. La tumeur est limitée du côté de la conjonctive par un trousseau fibreux riche en fibres élastiques, colorées en jaune par le picrocarmin. *Le pigment est intracellulaire ; quelques cellules n'en contiennent pas ; d'autres en sont remplies, formant une masse noire, ou bien leur protoplasma présente de fines granulations noires.* — SI L'ON TRAITE UNE COUPE PAR L'ACIDE SULFURIQUE, LES ÉLÉMENTS CELLULAIRES DISPARAISSENT, LE PIGMENT RESTE INTACT ; *le tissu de la tumeur se*

recroqueville, et il reste une MASSE TRANSLUCIDE, *au milieu de laquelle le pigment se détache nettement. Le pigment se présente* SOUS TROIS ASPECTS : 1° *de gros amas conglomérés, irréguliers* ; 2° *des globes ronds, de forme cellulaire, qui à un grossissement de 400 diamètres paraissent formées de fines granulations tassées les unes contre les autres* ; *ce sont des cellules dont le noyau a été étouffé, le protoplasma détruit et qui sont farcies de poussière mélanique* ; 3° *des granulations libres de pigment.*

DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE. — *Sarcome mélanique à jeunes cellules.*

6 mois après, pas de récidive.

OBSERVATION XI

Guibert. Bulletin et mémoires de la Société française d'ophtalmologie (1896).
Sarcome de la paupière inférieure gauche.

Homme, 48 *ans. — Brûlure antérieure de la face.*

Etude clinique. — Antécédents personnels. — Brûlure à la joue gauche à 10 mois.

Quand le malade se présente à la consultation du Dr Guibert, la paupière supérieure, la tempe, la paupière inférieure du côté gauche sont recouvertes de tissu cicatriciel. La paupière supérieure fortement en ectropion offre un énorme bourrelet conjonctival. Jusqu'à l'âge de 10 ans le malade a vu de l'œil gauche un peu moins clair que de l'œil droit.

A cet âge, il reçut en classe un coup d'ongle d'un camarade, il se forma une taie, et à partir de cette date l'œil gauche n'a plus rien distingué.

Il y a un an, le malade a remarqué, sur la partie brûlée de la paupière inférieure, une petite « grosseur dure » siégeant sur le rebord palpébral. Cette grosseur s'est accrue considérablement depuis 8 mois. L'œil était larmoyant, mais à aucun moment il ne s'est produit d'hémorrhagie au niveau du néoplasme. Pas de douleurs au début ; ce n'est que depuis 3 mois que la souffrance qui n'a fait qu'augmenter chaque jour est devenue intolérable : élancements du côté du nez, fourmillements dans la paupière. Pas de céphalée. Pas de ganglion préauriculaire. L'état général est excellent ; il n'y a pas d'amaigrissement. Les urines sont normales.

Etat actuel. — La paupière inférieure forme un énorme ectropion noirâtre.

La tumeur mesure au moins 2 centimètres d'épaisseur de son bord externe à son bord interne. Sa face supérieure noirâtre est framboisée, mamelonnée, inégale. Sa face antérieure est formée par la peau saine et non adhérente, mais congestionnée. Sa face postérieure n'adhère pas au globe de l'œil. Les doigts, saisissant la tumeur en dehors et en dedans, constatent qu'elle est libre d'adhérences au niveau du plancher de l'orbite, tandis qu'en dedans elle adhère du côté du nez et légèrement en haut à la paupière supérieure.

Opération le 26 août 1895. — Bien qu'il n'y ait pas d'adhérences au globe oculaire, celui-ci est énucléé en raison de son mauvais état (taie recouvrant toute la cornée avec pannus). Le prolongement du côté du nez et de la paupière supérieure oblige à ouvrir largement la logé orbitaire.

Etude anatomo-pathologique. — Examen fait par le Professeur Lagrange. Le volume de la tumeur égale celui

d'une grosse noisette. Elle est recouverte à sa face antérieure par la peau, qui en est séparé par un tractus fibreux mince et serré ; il n'y a pas d'adhérence à proprement parler ; le scalpel détache facilement la peau du néoplasme, elle est amincie, mais intacte. Du côté des parties profondes, la tumeur présente un aspect lisse, régulier, en rapport à ce niveau avec le tissu cellulaire qui tapisse la face profonde de la conjontive ; de toutes parts le néoplasme est par conséquent entouré par du tissu cellulaire.

Sur une coupe, la surface est blanche, sauf en quelques points, dont l'un au centre, l'autre dans les parties profondes : ces deux régions sont noirâtres.

La consistance de la tumeur est ferme, le râclage ne donne pas de suc : la tumeur paraît très peu vasculaire.

Au microscope. — On aperçoit des cellules conjonctives presque toutes fusiformes ; quelques-unes sont très développées, longues, adultes. Quelques îlots de cellules embryonnaires rondes, vivement colorées par le carmin.

Deux de ces îlots sont très étendus, les autres sont petits, clairsemés, disséminés au milieu de tractus de cellules plus âgées. Prédominance des cellules fusiformes sur les diverses coupes ; un assez grand nombre de cellules présentent de la dégénérescence muqueuse ; leur noyau est mal coloré par le carmin, leur protoplasma incolore et transparent.

Sur les confins des coupes, on rencontre des fibres musculaires striées intactes ; ce sont les fibres de l'orbiculaire, dans l'intervalle desquelles s'infiltre la tumeur.

Les vaisseaux sont peu nombreux ; tous, même les plus petits, ont un double contour. La pigmentation siège surtout au centre du néoplasme ; elle apparaît au microscope sous

forme de masses brunes, infiltrées entre les cellules. Un assez grand nombre de cellules présentent dans leur intérieur des granulations brunes arrondies. Les amas pigmentaires sont d'un volume très inégal ; quelques-uns sont gros comme des globules de sang, les autres sont beaucoup plus petits, tous ont une forme arrondie.

Aucun n'a l'aspect angulaire d'un élément cristallisé.

Il n'y a pas d'hémorrhagie dans cette tumeur dont la vascularisation est médiocre, et il est très intéressant de constater que le pigment est placé dans la partie où les vaisseaux sont le moins abondants.

Ces éléments mélaniques ne sont nullement attaqués par l'acide sulfurique pur dans lequel ils ont baigné sur lame pendant 24 heures. Cet acide a détruit le tissu du néoplasme et non le pigment. L'acide chlorhydrique donne le même résultat.

Réaction de Perls. En présence et après l'action de l'acide chlorhydrique, on traite les coupes par le ferrocyanure jaune de potassium. Le contact de ce liquide est prolongé pendant 24 heures. La réaction n'a pas décelé la présence de ferrocyanure de fer et de potassium : nulle coloration bleue n'en est résultée. Il faut en conclure que les éléments mélaniques de ce néoplasme ne contiennent pas de fer. Ils se comportent vis-à-vis du réactif de Perls comme le pigment normal de la choroïde.

Conclusion. — La tumeur contient du pigment mélanique directement fabriqué par les tissus et dont l'origine n'est nullement hématique. Cette variété de mélanose est la plus grave et doit faire craindre une récidive.

Cependant le centre seul de la tumeur est pigmenté.

Diagnostic histologique : sarcome mélanique constitué par un mélange de cellules fusiformes et embryonnaires, contenant un pigment analogue au pigment choroïdien, et ne paraissant pas d'origine hématique.

OBSERVATION XII

Capellini (Clinique ophtalmologique de Parme).
Du sarcome mélanique des paupières.
Annales d'ophtalmologie de Pavie (1898).

Femme, 64 ans. Sarcome de la paupière inférieure droite.

Etude clinique. — Examinée à Reggio par un médecin, qui trouva une petite tumeur dans le cul-de-sac palpébral inférieur de l'œil droit. Il fit le diagnostic de kyste de la conjonctive, essaya de l'extirper. Pendant l'acte opératoire, le kyste se vida complètement, avec une hémorrhagie discrète.

Un mois 1/2 environ après cette opération, la femme B. L... fut examinée par le professeur Saltini, qui trouva *dans le cul-de-sac conjonctival inférieur une tumeur de couleur noirâtre ayant la forme et les dimensions d'une grosse amande.*

Elle était recouverte par la conjonctive qui ne semblait adhérer qu'en un point, elle était légèrement mobile sur les parties sous-jacentes. Pensant qu'il s'agissait d'un *mélanosarcome*, le professeur Saltini pratiqua, au bout d'une semaine, l'ablation de la tumeur qui fut facile et probablement complète.

On nota alors l'existence d'une petite tache noirâtre sur la face postérieure du tarse, vers l'angle externe de la paupière

inférieure ; une portion de paupière inférieure comprenant en son centre cette partie pigmentée fut enlevée.

La guérison opératoire fut rapide. Les ganglions les plus proches ne s'engorgèrent pas ; l'état général resta bon. Le professeur Saltini nous envoya le néoplasme pour l'examiner, ainsi que la petite partie de paupière enlevée.

Etude anatomo-pathologique. — La tumeur est un *sarcome à cellules rondes et fusiformes* grandes et moyennes, *pigmenté en partie, revêtu d'une capsule de tissu conjonctif* renfermant en quelques points du tissu adipeux.

D'autres petits amas de cellules adipeuses apparaissent autour de la capsule, ce qui donne à penser que la tumeur s'est développée dans le tissu adipeux qui se trouve entre le tarse et la conjonctive.

Le petit morceau de paupière examiné montre une infiltration de cellules et d'éléments fortement pigmentés dans la conjonctive et tout autour des glandes muqueuses de Henle qui apparaissent dilatées, et privées en partie de leur épithélium cylindrique. Ces glandes présentent les altérations et *la dégénérescence kystique* décrites par Wintersteiner (septembre 1898), à propos d'un cas de sarcome de la conjonctive. Les autres parties de la paupière étaient à peu près normales, le tarse seulement un peu aminci.

On fit les réactions de la mélanine. La méthode de Perls et, Quincke donna un résultat négatif ; en employant la méthode de Foa, qui est indiquée pour mettre en évidence seulement les pigments d'origine hématique, le résultat fut nettement négatif?

OBSERVATION XIII

Thilliez (de Lille).

Clinique ophtalmologique (1898).

Sarcome mélanique ressemblant à un chalazion, débutant par la paupière, gagnant le contenu de l'orbite sans attaquer le globe oculaire, et n'ayant pas comprimé le nerf optique.

Femme, 45 ans.

Mme D..., *45 ans*, se présente à la consultation St-Raphaël le 18 mars 1893 *pour une petite saillie, développée dans la paupière supérieure gauche. Elle en fait remonter le début à 10 ans environ* ; elle s'est aperçue, à cette époque, en passant le doigt sur la paupière, de l'existence d'une petite masse grosse comme une forte tête d'épingle.

Cette tumeur, après être restée si longtemps stationnaire, s'était développée depuis 2 mois environ ; elle avait au moment où nous la vîmes le volume d'un gros pois : *elle ressemblait à un chalazion.*

L'incision, faite comme pour un chalazion, fit découvrir des masses noirâtres qui modifièrent le diagnostic en celui de *mélano-sarcome.* La tumeur fut extirpée complètement et portée au laboratoire de M. le professeur Augier, qui confirma le diagnostic. La plaie opératoire guérit facilement. La malade fut perdue de vue jusqu'au 11 décembre 1893. *Il s'était formé de nombreux bourgeons mélaniques dans la paupière qui fut enlevée dans sa totalité.* On fit la blépharoplastie au moyen d'un lambeau temporal.

La malade revient le 8 janvier 1895 pour des douleurs atroces dans les régions orbitaire et périorbitaire et de l'exophtalmie.

Le globe oculaire était repoussé en avant, mais intact au moins extérieurement. L'examen du fond de l'œil ne fit découvrir aucune lésion ; acuité visuelle normale. *Derrière le globe, on sentait une tumeur qui le débordait en haut et en dehors. Diagnostic : mélano-sarcome de l'orbite,* secondaire au mélano-sarcome primitif de la paupière précédemment opéré. Le curage de l'orbite est fait le 9 janvier 1895.

La malade resta 18 jours au dispensaire. *La récidive commença aussitôt après son départ,* elle fut très rapide au point que vers le mois de janvier 1896, on voyait des masses bourgeonnantes sortir de l'orbite.

Actuellement, 25 novembre 1897, la malade présente une *tumeur ulcérée irrégulière, à bourgeons noirâtres, recouverts d'un liquide purulent à odeur infecte, ayant envahi les tissus voisins et descendant jusqu'à la partie inférieure de la joue pour remonter jusqu'au milieu du front.*

Elle repousse le nez à droite et le comprime de façon à rendre la voix nasonnée ; elle s'étend de l'autre côté jusqu'à l'oreille. Elle a environ un diamètre de 15 cm. dans tous les sens.

Dans cette observation, la sclérotique, lors de la 2e récidive, avait résisté à l'envahissement, alors qu'elle se laisse perforer dans les cas de mélano-sarcome primitif de la choroïde et du corps ciliaire. L'état général était resté excellent ; cependant, lors de la 3e récidive, il y avait de *l'engorgement ganglionnaire* et de *l'œdème des membres inférieurs.*

Conclusion. — Des tumeurs jusqu'alors bénignes peuvent rapidement, sous l'influence d'une cause encore inconnue, devenir malignes et envahir rapidement l'organe atteint.

L'extirpation précoce est de rigueur, quand elle est faite sans dommage au point de vue fonctionnel et esthétique (!).

OBSERVATION XIV

Carlo Capellini (Annales d'ophtalmologie de Paris 1899).
Du mélano-sarcome des paupières.
In Contribution à l'Etude des tumeurs palpébrales.

Femme, 64 ans.

Etude clinique. — N'avait présenté jusqu'alors aucune maladie oculaire. En février 1898 survint un gonflement de la paupière inférieure droite. Un médecin de Reggio fit le diagnostic de tumeur kystique de la paupière, mais n'en tenta pas l'extirpation; la cavité se vida d'elle-même avec une discrète hémorrhagie. On nota alors une coloration noirâtre de la soi-disant cavité kystique. Le Professeur Saltini vit pour la première fois la malade le 27 mai et trouva une tuméfaction du volume d'une grosse amande, en correspondance avec le bord adhérent de la paupière inférieure droite, faisant corps avec la partie profonde de la paupière, saillante à la face postérieure et soulevant la conjonctive. La conjonctive était mobile sur le néoplasme. Saltini fit le *diagnostic de tumeur maligne de la paupière* et proposa l'intervention opératoire d'urgence.

Opération le 3 juin. — La conjonctive est soigneusement séparée de la tumeur, celle-ci apparaît de couleur légèrement noirâtre *entourée d'une coque continue fort mince.*

La réunion de la plaie opératoire se fit rapidement ; mais peu de jours après le professeur Saltini vit que sur le revêtement conjonctival disséqué se manifestait une coloration

brun noirâtre, qu'il interpréta comme une manifestation secondaire de la néoplasie, pour laquelle il pratiqua le 17 juin une nouvelle opération : ablation d'une portion en V de la paupière, comprenant toute l'épaisseur de l'organe. Réunion post-opératoire rapide.

Vers le milieu de septembre, le professeur Saltini revit la malade et nota la persistance de la guérison locale correspondant au point opératoire, mais vit deux petits points pigmentés à la surface bulbaire, dans sa partie inférieure. Saltini transmit à la clinique la tumeur enlevée par la première opération et la partie de paupière excisée en deuxième lieu.

Etude anatomo-pathologique. — Examen de la tumeur. — La tumeur a la forme d'un petit œuf allongé de 12 mm. de long sur 5 à 7 mm. d'épaisseur au centre, légèrement aplati d'avant en arrière. Sa surface est lisse. Elle est revêtue complètement d'une capsule fibreuse d'épaisseur non uniforme, qui laisse paraître la coloration cendrée de la substance propre de la tumeur.

Examen microscopique. — Après fixation par l'alcool absolu, inclusion dans la paraffine, coupes au microtome, coloration par le carmin, l'hématoxyline, les colorants d'aniline de Unna, avec l'orcéine suivant la méthode de Livinus. On voit sur les coupes des éléments cellulaires ronds et fusiformes, grands et moyens ; une partie des éléments est pigmentée. Un examen attentif, dans la partie non pigmentée, fait voir des cellules à grands noyaux, des cellules polynucléées et des formes cellulaires allongées et irrégulières. Le protoplasme apparaît granuleux, le noyau gonflé est peu distinct ; quelques cellules en karyokinèse sont éparses irrégulièrement dans la tumeur. Le pigment, en granules amor-

phes, de couleur ocre foncé, ou brun, est contenu en partie dans les cellules rondes, en majeure partie dans les cellules allongées et fusiformes ; dans une toute petite partie, il est libre. Les cellules pigmentées sont en petits groupes, ou disséminées dans le néoplasme, plus nombreuses au centre. Les éléments cellulaires sont disposés côte à côte et cachent presque complètement le tissu connectif de soutien. Les vaisseaux sanguins sont peu abondants, les uns sont grêles, d'autres dilatés. La capsule, dont aucun point n'adhère aux faisceaux de tissu conjonctif de la paupière, est formée de tissu connectif fibrillaire à faisceaux superposés et parallèles : on y voit quelques cellules, quelques amas pigmentaires et quelques cellules adipeuses : celles-ci sont peu nombreuses et isolées au milieu du tissu connectif de la paupière.

Autour de la capsule, nombreux vaisseaux dilatés et quelques petits faisceaux de fibres musculaires lisses. Le tissu élastique est nettement évident dans la capsule et envoie quelques fibres dans l'intérieur de la tumeur.

Examen de la portion de paupière inférieure enlevée par la deuxième opération. — Elle comprend environ 6 millimètres de bord palpébral et mesure environ 7 à 8 mm. de haut. A l'examen, la partie antérieure apparaît normale, la partie postérieure et profonde, qui contourne le tarse, est marbrée de nombreux points noirs de diverses dimensions et voisins les uns des autres.

Fixation de la pièce par l'alcool absolu. Inclusion à la paraffine, coupes au microtome ; on voit que les coupes présentent une ligne noirâtre, vers leur bord postérieur, coloration par les colorants indiqués ci-dessus. On constate que

la peau, le tissu conjonctif sous-cutané, le muscle orbiculaire, le tarse sont normaux. Les glandes de Moll et les follicules ciliaires apparaissent également normaux. Dans la portion marginale de la surface conjonctivale on ne relève aucune particularité ; mais à 2 ou 3 millimètres du bord palpébral, l'épithélium commence à se modifier : on trouve un notable épaississement de la conjonctive palpébrale qui se montre particulièrement accentué à la partie la plus haute de la paupière.

L'épithélium n'est pas altéré ; les glandes de Henle sont en partie dilatées ; elles ne sont plus régulièrement tapissées d'épithélium *et au milieu des cellules épithéliales dissociées, on voit une notable infiltration d'éléments pigmentés et de pigment diffus.*

En d'autres points, les glandes de Henle sont comprimées par l'infiltration cellulaire du tissu conjonctif, envahi par des éléments cellulaires ronds et fusiformes, mono et polynucléés.

Au milieu de la masse d'infiltration sarcomateuse se trouvent de nombreuses cellules pigmentées, et des grains de pigments isolés, de coloration cendrée, brune ou noire. On trouve quelques éléments d'aspect épithélial compris dans l'infiltration connective, mais pas de globes épithéliaux proprement dits. L'infiltration sarcomateuse reste limitée à la conjonctive et ne paraît pas avoir envahi encore le tarse. On fait la réaction du fer avec les coupes de la tumeur et la portion de paupière enlevée. Le procédé de Perls et de Quincke ne donne de résultat positif qu'avec quelques globules de sang dans la lumière des vaisseaux.

La coloration indiquée par Foa n'a donné aucun résultat positif.

Réaction de Foa : colorer avec bleu de méthylène dissous dans l'eau d'aniline, puis traiter la coupe par une solution d'acide chromique à 20 pour 100. Les cellules pigmentées se colorent en vert et cette coloration sera positive seulement avec les pigments d'origine hématique. (Carlo Capellini).

OBSERVATION XV

Dubar : Echo médical du Nord, Lille, 1900.
Sarcome de la paupière supérieure gauche.

Fille : 8 ans. — INFLUENCE DU TRAUMATISME.

Etude clinique. — Le 2 septembre 1899, on amène à la consultation la jeune Agnès A.., *âgée de 8 ans*, très bien portante jusque-là ; *40 jours auparavant elle s'était en courant frappé le front contre celui d'une camarade.* Quelques compresses d'eau de Goulard lui furent appliquées pour tout traitement. *Au bout de 12 jours, quand l'ecchymose fut disparue, on aperçut un petit nodule du côté de l'angle interne de la paupière supérieure gauche.* Ce nodule augmentant, la mère se décide à venir consulter.

Etat actuel. — Ptosis complet de la paupière supérieure gauche. En la soulevant, on aperçoit l'œil qui n'a pas subi de déplacement sensible. *On sent, en appliquant le doigt sur la paupière, une tumeur formée de deux nodules durs, arrondis, sur lesquels la peau est bien mobile.* Le médecin traitant avait attribué ces grosseurs à un épanchement sanguin. Le Dr Dubar fait une ponction à la seringue de Pravaz, mais sans rien retirer.

Etant donné le caractère lobulé de la tumeur et le sarcome

étant l'affection la plus commune de cette région, Dubar porte le diagnostic de sarcome et propose l'intervention la plus large possible. Cette intervention est refusée par la mère. On enlève la tumeur seule : on ne peut circonscrire facilement qu'un des nodules ; le second adhérait fortement au périoste, grattage et ruginage de l'os. La tumeur enlevée avait un aspect gélatineux, une ressemblance vague avec du sang caillé. La guérison opératoire fut rapide. Le ptosis persista.

L'ENFANT REVENAIT 15 JOURS APRÈS, la paupière était fortement tuméfiée ; on propose l'évidement de l'orbite avec ablation complète de la paupière supérieure, et conservation de la paupière inférieure. Cette opération est acceptée et faite.

Etude anatomo pathologique. — Examen microscopique (Dr Raviart) Sarcome à cellules rondes en pleine karyokinèse, présentant de grandes probabilités de récidive. L'examen par la MÉTHODE GLYCOGÉNIQUE de Brault montre une forte coloration brun acajou.

Plusieurs mois après : *récidive de la grosseur d'un pois à la paupière inférieure. En moins de 12 jours la tumeur avait envahi l'orbite*, l'avait rempli et s'était même propagée au dehors de 3 à 4 centimètres. L'état général était devenu mauvais.

Perte d'appétit ; *souffle à l'un des sommets pulmonaires* (généralisation pulmonaire du sarcome probable).

OBSERVATION XVI

Analyses.

G. A. Veasey : Sarcome primitif de la caroncule lacrymale.

Homme de 26 ans.

Tumeur de la grosseur d'un pois avec une petite ulcération, pédiculée, n'apportant d'autre trouble qu'un larmoiement léger. — La tumeur fut extirpée soigneusement et le point d'attache cautérisé au thermocautère.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un *sarcome formé de grandes et de petites cellules rondes,* avec peu de substance intercalaire. La tumeur est peu vasculaire et ne donne lieu à aucune hémorrhagie. *Sur quelques coupes on rencontre un peu de pigment.* Dans toute la tumeur existent des fibres musculaires dirigées transversalement et longitudinalement.

(*In « Annales d'ophtalmologie de Pavie,* 1898).

OBSERVATION XVII

Kastalskaia :
Du mélano-sarcome de la paupière.

Femme, 31 ans.

Porte une *tumeur de la paupière inférieure depuis 2 ans,* et ce n'est que *depuis 10 mois qu'elle augmente rapidement.* La tumeur est molle et ne cause pas de douleur.

Elle est fortement pigmentée : elle mesure 1 cm. de longueur et 6 à 7 mm. de largeur ; elle adhère à la peau et ne

communique pas avec le tarse. La tumeur se répand sur le bord libre de la paupière, mais n'envahit pas la conjonctive. On peut cependant remarquer une légère pigmentation de la conjonctive. L'examen microscopique démontra que c'était un *mélanosarcome.* La malade ne fut pas suivie.

OBSERVATION XVIII

Casey et Wood : Un cas de sarcome primitif de la paupière.

Un enfant de 7 mois présentait à la paupière supérieure droite une petite tumeur ayant absolument l'aspect d'un chalazion, et qui fut enlevée.

A l'examen microscopique, on reconnut un sarcome.

OBSERVATION XIX

Schirmer : Klin. Monatsbl. f. Aug., 1867.
(*Rapportée par Fage, in Bulletin et mémoires de la Société d'ophtalmologie de Paris*, 1898).

Sarcome ayant envahi les quatre paupières.

Homme de 70 ans.

Tumeurs tendues, élastiques, légèrement mamelonnées, occupant les 4 paupières, recouvrant les paupières supérieures dans toute leur étendue.

Leur développement fut lent, 2 ans et demi à gauche, un an à droite.

Examen microscopique : *sarcome à petites cellules rondes.*

OBSERVATION XX

Proutt et Bull : Arch. fur Augenh, t. VIII, 1879.

Fille 18 ans. Paupière inférieure.

Tumeur localisée au côté externe de la paupière inférieure, dure, aplatie, lisse, occupant la conjonctive et le tarse; 18 mm. de diamètre, 2 mm. 1/2 d'épaisseur; s'étendant du bord palpébral au fornix et en dehors au-delà de la commissure.

La malade présente en même temps du trachome.

La peau de la paupière est intacte. Examen histologique montre qu'il s'agit d'un *sarcome à cellules rondes et fusiformes non pigmentées*. Au centre de la tumeur existent des masses cireuses, incolores, irrégulières, sans structure. C'est de l'amyloïde ayant débuté par les parois des vaisseaux.

Cette observation établit la transition entre les sarcomes se développant dans la paupière aux dépens du tissu conjonctif lâche, du tissu conjonctif intermusculaire ou interglandulaire (glande lacrymale accessoire) ou de la profondeur du tégument externe d'un côté, et les sarcomes de la conjonctive palpébrale de l'autre.

Rapportée par Van Duyse, in Annales d'oculistique, 1887.

OBSERVATION XXI (de Forster).

Homme, 32 ans.

Tumeur grosse comme une noix, dans la moitié externe de la paupière supérieure ; recouverte en avant par la

peau normale, en arrière par la conjonctive palpébrale gonflée, mais mobile sur elle. La tumeur est bosselée en avant, unie en arrière.

Examen histologique montre qu'il s'agit d'un *sarcome fuso-cellulaire avec aspect myxomateux*. Dans quelques points on voit sur les coupes des tubes glandulaires déformés (*Rapportée par Van Duyse. In Annales d'oculistique, 1887*).

OBSERVATION XXII

Lilienfeld. Sarkom des rechten oberne Augelids. Klin. Monastbl. f. A.

Femme, 76 ans.

Tumeur indolore, à croissance rapide depuis 4 à 6 semaines, ulcérée, couverte de caillots sanguins desséchés (hémorrhagies fréquentes), de consistance moyenne, tendue, et du *volume d'une petite pomme*. Elle part de la paupière supérieure droite avec un pédicule, fort et court, et s'élargit au-delà. Son poids la fait pendre à moitié hauteur de la joue. Le pédicule occupe du côté temporal les deux tiers de la paupière. La peau a une teinte rouge bleuâtre et présente un lacis vasculaire abondant. Ablation ; *6 jours plus tard récidive locale* dans l'angle nasal de la plaie. Nouvelle opération, puis *métastases, récidives dans la glande parotide et la sous-maxillaire*. Opération, mort (*Rapportée par Van Duyse, in Annales d'oculistique 1887*).

OBSERVATION XXIII

Fage. Sarcome de la paupière.

Femme, 37 ans.

Grand-père mort de cancroïde palpébral.

La malade avait été opérée 2 ans auparavant pour deux chalazions de la paupière inférieure gauche. En juillet dernier la malade revient pour une tumeur qui se développe sur cette paupière avec les allures d'une tumeur maligne, et présente le *volume d'une grosse fève.* La tumeur occupe l'épaisseur des deux tiers externes de la paupière en formant une masse bosselée. La peau est mobile par dessus, assez vascularisée. Il n'y a pas d'adénopathie, pas d'altérations de l'état général. On fait l'ablation de la paupière presque tout entière par une incision en V, autoplastie par le procédé de Dieffenbach.

Examen histologique. — Sarcome globo-fuso-cellulaire non pigmenté, développé entre le tarse non entamé et le muscle orbiculaire, dont les faisceaux se sont laissés dissocier par le tissu néoplasique qui s'est arrêté au-dessous de la peau.

Par le rapprochement histologique qu'on peut faire entre le sarcome et le chalazion (granulome de Wirchow), il y a lieu de se demander si les chalazions observés il y a deux ans sur cette paupière ont joué un rôle dans la formation du néoplasme. On peut admettre que l'inflammation des glandes de Meibomius a agi comme excitant, mais les coupes démontrent que les chalazions n'ont pris aucune part à la constitution même du sarcome.

OBSERVATION XXIV

Description d'une pièce de la collection anatomo-pathologique de l'œil, de l'Institut anatomique de Berlin (*N°* 182, 0).

Sarcome pigmenté limité à la conjonctive palpébrale de la paupière supérieure. — Volume = 2 cm. 5 de diamètre environ sur coupe médiane antéro-postérieure ; la tumeur est sphérique, non lobulée. Elle est enveloppée vers son *pédicule* par la conjonctive plus ou moins modifiée et dans tout son pourtour par l'épithélium conjonctival hyperplasié. La tumeur a été extirpée en laissant la peau de la paupière en place. On retrouve dans le pédicule les fibres de l'orbiculaire; le tissu cellulaire qui existe entre ce muscle et le tarse, le cartilage tarse, et des faisceaux de fibres musculaires lisses (muscle palpébral supérieur lisse). Le point d'origine du néoplasme se trouve au niveau du cul-de-sac conjonctival. La tumeur a dû faire saillie entre les deux paupières, en se coiffant de la conjonctive de la paupière supérieure. *Rapportée par Van Duyse. In Annales d'oculistique*, 1887.

Observations d'épithélioma primitif des glandes de Meibomius.

OBSERVATION XXV

Allaire : In thèse Paris, 1891-92.
Epithélioma lobulé limité aux glandes de Meibomius.

Etude anatomo-pathologique. — Petite tumeur remise par le Dr Chenantais de Nantes et examinée au point de vue histologique par le Dr Malherbe.

Cette tumeur était située sur la paupière d'une petite *fille âgée de* 11 *ans*. Elle présente un aspect muqueux mamelonné, et paraît excoriée. Elle est blanche après ablation et se durcit bien dans l'alcool.

Après durcissement, on voit un tissu blanc, mat, homogène, parsemé de points jaunes entourant de petites excavations. Les points jaunes rappellent à l'œil nu la couleur des glandes de Meibomius ; en effet le tissu conjonctif lâche qui sépare les culs-de-sac glandulaires les uns des autres est absolument normal.

La mince membrane limitante de la glande sébacée a donc été une membrane suffisante que le néoplasme n'avait pas encore pu franchir au moment où la tumeur a été enlevée. La lésion des glandes meibomiennes est remarquable surtout à cause de la netteté parfaite avec laquelle on peut suivre son développement.

Les glandes de Meibomius sont formées normalement d'un long conduit excréteur auquel sont appendus des grains glandulaires plus ou moins piriformes assez irréguliers quant à leur volume.

Qu'on suppose le canal glandulaire dilaté jusqu'à former une ampoule et tous les grains glandulaires atteints de néoplasie épithéliomateuse s'arrêtant juste à la membrane limitante et on aura une idée juste de la tumeur étudiée.

Les cellules épithéliomateuses sont rangées d'abord régulièrement le long de la membrane ; elles deviennent plus grosses et plus irrégulières vers le centre des culs-de-sac, enfin au milieu on trouve des cellules épidermiques d'aspect vésiculeux très curieux.

Dans les points les plus favorables, on voit que ces cellules

contiennent de nombreuses granulations colorables par le carmin (granulations d'éléidine). Nous considérons cette tumeur comme un *épithéliome limité aux glandes de Meibomius*. Dans la classification de M. Broca, cette tumeur serait un polyadénome ; mais avec Cornil et Ranvier, nous préférons ranger cette tumeur parmi les épithéliomes, à cause de la déviation du type des cellules épithéliales. Le caractère le plus important du néoplasme que nous venons d'étudier c'est la limitation si nette du tissu pathologique par la membrane glandulaire. Il n'existe pas d'endroit où l'épithélium malade pénètre dans le tissu cellulaire.

OBSERVATION XXVI

Sourdille. Epithéliome primitif des glandes de Meibomius. (*Archives d'ophtalmologie*, 1894).

Homme, 59 ans, tailleur de pierre.

Etude clinique. — Vient à l'Hôtel-Dieu le 10 avril consulter pour une *petite grosseur de la paupière supérieure droite.*

Depuis 3 semaines environ, ce malade éprouve des élancements douloureux dans sa paupière supérieure droite, en même temps qu'il y constate l'apparition d'une petite tumeur.

Cette tumeur, au moment où nous l'examinons, atteint à peine le *volume d'un pois*, et siège sur le tiers externe de la paupière supérieure droite. A son niveau la peau ne présente aucune altération ; sa couleur, son épaisseur, sa consistance sont normales : elle est très mobile et n'adhère nullement à la tumeur. Le bord ciliaire est aussi absolument

normal et en est séparé par une bande d'environ 2 m/m. de largeur. En prenant la paupière entre deux doigts, *la tumeur paraît nettement encastrée dans le tarse* et *sa consistance apparaît dure, comme cartilagineuse ;* ses limites sont très distinctes. Une fois la paupière retournée, on voit la tumeur faire une légère saillie sous la conjonctive, qui est perforée en ce point. Par cette perforation sort un bourgeon grisâtre non adhérent à la muqueuse, mais se continuant avec la tumeur.

Ce développement rapide avec douleurs, la dureté cartilagineuse de la tumeur, la perforation si précoce de la conjonctive et la présence de bourgeons sanieux, grisâtres auraient pu nous ouvrir les yeux et faire hésiter notre diagnostic. Mais en l'absence de toutes données scientifiques sur l'épithélioma des glandes de Meibomius, notre attention ne fut nullement attirée sur une telle néoplasie. On fit le diagnostic de chalazion ulcéré. Curettage. Cependant la substance enlevée était ferme, résistante, blanc jaunâtre, et loin de rappeler le tissu gris rosé, mollasse et diffluent du chalazion.

Douze jours après l'opération la malade revient. Depuis l'opération, elle a éprouvé une douleur sourde, permanente, au niveau de la paupière. La tumeur a triplé de volume et offre les dimensions d'une grosse noisette. Ses limites ne sont pas aussi nettes ; la peau et le bord ciliaire sont augmentés de consistance, et adhèrent à la tumeur sous-jacente. Au niveau de la conjonctive existe une ulcération profonde, à fond dur, large, infiltré, et recouverte de bourgeons grisâtres saignant au moindre contact, et dont les bords sont gris, indurés, bourgeonnants. La tumeur est assez facile à isoler vers le bord orbitaire, mais au niveau du bord ciliaire,

elle se confond avec ce dernier. Gonflement marqué des ganglions préauriculaires.

La malade entre à l'hôpital pour être opérée.

Pendant les quelques jours qui précèdent l'opération, la tumeur continue à augmenter rapidement de volume.

Chaque soir, douleurs violentes dans la paupière. En même temps se développe dans la partie externe du méridien horizontal du globe, à cheval sur la conjonctive et sur la cornée, une ulcération superficielle (Inoculation par la tumeur palpébrale).

De plus, à la paupière inférieure, en regard d'un bourgeon néoplasique qui vient continuellement frotter à ce niveau, apparaît, développée aux dépens d'une des glandes de Meibomius, une petite grosseur du volume d'un grain de chênevis, de couleur jaunâtre, de consistance dure, faisant saillie sous la conjonctive.

Le 8 mai. — Le professeur Panas fait l'ablation de la moitié externe de la paupière supérieure et excise la petite tumeur de la paupière inférieure. Curetage de l'ulcère conjonctivo-cornéen. Autoplastie palpébrale par la méthode française. Malade revu 8 MOIS APRÈS COMPLÈTEMENT guéri.

Etude anatomo-pathologique. — Examen histologique des deux tumeurs. — Durcissement dans l'alcool au 1/3, progressivement renforcé. coloration des coupes au picrocarmin et à l'hématoxyline de Bœhmer.

Coupes de la tumeur palpébrale supérieure. — Presque tous les tissus normaux de la paupière ont disparu et sont remplacés par une nappe d'épithélium pavimenteux lobulé. De ci de là on rencontre encore quelques culs-de-sac de Meibomius encore reconnaissables, mais la dégénérescence

est presque générale. Seules, la peau et la conjonctive sont à peu près respectées. L'épithélium cutané ne présente pas d'altérations. La peau est séparée de la tumeur par une épaisse couche fibreuse dans laquelle on voit par places l'épithélium de Malpighi envoyer de courts prolongements en doigts de gant, les glandes sébacées sont pour la plupart saines. La conjonctive, au voisinage de l'ulcération est hypertrophiée et présente des papilles très vasculaires recouvertes d'un épithélium stratifié.

Etude cystologique. — Les cellules néoplasiques sont très volumineuses, leur membrane d'enveloppe entoure un protoplasma ayant subi la dégénérescence muqueuse. Leurs noyaux, très altérés et rebelles à la coloration sont refoulés en un point très excentrique par des éléments intra-cellulaires très particuliers. Ces éléments se présentent sous l'aspect de cellules rondes ou ovales, d'un diamètre de 6 à 8 μ. Ils ont une membrane d'enveloppe très épaisse, réfringente, brillante, à double contour très net. Leur protoplasma est farci de granulations foncées. Le noyau foncé, a des formes variables, tantôt renflé à une de ses extrémités en forme de bouteille, tantôt courbé en forme de virgule. Ces éléments sont analogues à ceux rencontrés par Malassez, Darier, Vickham, dans un certain nombre de tumeurs d'origine épithéliale (Maladie de Pajet, épithéliomas, psorospermose folliculaire végétante de Darier). Sont-ce des coccidies, comme l'admettent les auteurs précédents ; est-ce une simple dégénérescence cellulaire, selon l'opinion du plus grand nombre des auteurs ? Nous ne trancherons pas la question.

Coupes de la paupière inférieure, au niveau de la petite tumeur. La paupière, dans sa plus grande partie est saine.

La peau de la face externe et du bord ciliaire, la conjonctive, les follicules pileux, les glandes sébacées, les glandes de Moll et le muscle de Riolan ne présentent pas d'altérations.

On voit des acini de Meibomius normaux : épithélium à cellules cubiques basses, à protoplasma clair avec gros noyau central.

Sur la coupe, vue à un grossissement moyen, on voit une cavité formée par des acini conglomérés, limitée à la périphérie par une membrane conjonctive continue, épaissie, sauf en un point où elle paraît brisée. Cette cavité est remplie par une grande quantité d'éléments cellulaires épithéliaux fixant les réactifs colorants avec beaucoup plus d'intensité que les cellules épithéliales des acini normaux. Au centre de cette cavité, se trouvent des masses cellulaires ayant subi la dégénérescence muqueuse et se montrant rebelles à la coloration par les réactifs. Le canal excréteur de la glande est fortement dilaté et rempli de masses cellulaires en voie de dégénérescence granulo-graisseuse.

Sur la même coupe, vue à un plus fort grossissement, la paroi conjonctive très épaissie est le siège d'une infiltration très marquée de petites cellules rondes ; elle est immédiatement tapissée par une couche unique de cellules épithéliales cylindriques, analogues à celles que l'on trouve à la face profonde de l'épithélium cutanée ; les couches plus internes sont constituées par des cellules polyédriques contenant un ou plusieurs noyaux volumineux ; toutes ces cellules ont une grande affinité pour les réactifs colorants.

Par le picro-carmin, elles prennent une belle couleur rouge saumon, qui tranche nettement sur la teinte claire et réfringente des cellules normales des glandes de Meibomius.

Par places, on voit ces cellules, formant de véritables *lobules épithéliomateux* arrondis, s'aplatir et se disposer en zones concentriques au centre desquelles se trouve un amas de cellules dégénérées et formant un véritable *globe;* les cellules subissent la dégénérescence muqueuse.

Dans notre cas, la disposition et la forme des cellules, les réactions colorantes, la grande vitalité démontrée par le nombre des noyaux, la présence de globes muqueux formant de véritables nodules épithéliaux, l'englobement des acini voisins avec disparition de leur enveloppe conjonctive, tous ces caractères anatomo-pathologiques nous autorisent à porter le diagnostic histologique d'*épithélium primitif intra-glandulaire meibomien.*

OBSERVATION XXVII

L. Dor : Lyon. Médical 1896.
Epithéliome meibomien du cartilage tarse de la paupière supérieure.

Homme de 72 ans.

Etude clinique. — Porteur d'un trichiasis très prononcé, entre à la clinique pour un *gros chalazion de la paupière supérieure gauche.* Sous l'influence du trichiasis s'est développé un peu de kératite ; la paupière inférieure est le siège d'une blépharite glandule-ciliaire.

L'œil droit est normal. Le malade raconte que depuis 5 ans, sa paupière supérieure gauche s'est considérablement modifiée. Sur le conseil de divers médecins, il s'arrache fréquemment les cils et fait plusieurs fois par jour des lavages boriqués. Il est impossible de retourner la paupière. Par la palpation externe, la paupière supérieure a une consistance

squirrheuse. L'idée d'un cancer vient à l'esprit. Les ganglions préauriculaires paraissent intacts, il y a par contre quelques ganglions sous-maxillaires.

Par la chloroformisation, on parvient en glissant le doigt sous la paupière et en pressant celle-ci avec deux doigts à sentir un cartilage tarse épaissi, induré. On arrive à retourner cette paupière.

Opération. — Incision conjonctivale ; on tombe sur un tissu de consistance fibro-cartilagineuse; 2 hypothèses se présentent à l'esprit : celle de cancer, celle de tarsite inflammatoire. On admit la seconde hypothèse, et on extirpa un fibro-cartilage tarse de 3 à 4 mm. d'épaisseur, augmenté de volume dans toutes ses dimensions, mais ayant conservé la forme d'un cartilage normal. Suture métallique, guérison, amélioration considérable : le malade fermait et ouvrait les yeux à volonté et avait recouvré la vision binoculaire. Le trichiasis était fort amélioré.

Etude anatomo-pathologique. — L'examen histologique révèle un *épithélioma limité aux glandes de Meibomius, étendu en nappe comme le squirrhe en cuirasse, ayant détruit le cartilage tarse en se substituant à lui,* s'infiltrant entre les fibres de l'orbiculaire.

On fit une section verticale antéro-postérieure passant par le milieu du cartilage tarse enlevé Le tissu a à peu près partout le même aspect qui est celui du carcinome alvéolaire; avec un grossissement moyen, l'analogie est très grande avec un cancer du sein, ou avec un épithéliome sébacé du cuir chevelu. On aperçoit des *amas de cellules épithéliales logés dans des alvéoles conjonctives.*

A un grossissement plus fort, les amas épithéliaux appa-

raissent constitués par des cellules à gros noyau et à protoplasma clair; elles ne présentent jamais de pointes de Schultze, et les noyaux se colorent bien. Ils sont généralement ovoïdes, et quelques-uns sont très volumineux. Presque tous contiennent des grains plus fortement colorés dans leur intérieur; dans 2 ou 3 d'entr'eux on voit des figures karyokinétiques, en plusieurs endroits des phénomènes de phagocytose tels qu'on en a décrits dans beaucoup d'épithéliomes et rappelant aussi les descriptions des auteurs qui considèrent ces corpuscules inclus comme des coccidies.

Le centre des amas épithéliaux ne présente aucune tendance à la kératinisation ; il est inadmissible qu'il puisse s'agir d'un épithélioma à point de départ malpighien ; seuls les épithéliomes sébacés présentent de semblables cellules, sauf que les épithéliomes sébacés ont des pointes de Schultze et qu'ici il n'y en a pas d'apparentes.

Les cellules qui bordent l'alvéole ne sont pas disposées en assises, comme s'il pouvait s'agir d'un acinus encombré de cellules ; c'est bien à des alvéoles de cancer que l'on a affaire.

Stroma. — Est essentiellement fibreux, sauf qu'en plusieurs points on trouve des fibres musculaires striées en voie de désintégration ; mais tout ce stroma fibro-musculaire est infiltré d'une grande quantité de cellules migratrices dont les noyaux sont bien plus petits et bien plus colorés que ceux des cellules épithéliales, ce qui permet de distinguer nettement ces cellules, même dans les coupes colorées à l'hématéine où seuls les noyaux se sont colorés.

Mais au sein de ces cellules migratrices, on trouve parfois 1 ou 2 cellules à gros noyau, d'autres ont plusieurs noyaux. Lorsqu'on envisage ces cellules en particulier, elles ressem-

blent beaucoup aux cellules qui remplissent les alvéoles et on se demande s'il s'agit d'une grande analogie ou si ce sont des cellules qui se sont égarées isolément au milieu des cellules migratrices.

Les vaisseaux sont normaux et peu nombreux.

Conclusion. — Tumeur d'origine épithéliale et glandulaire.

Mais quelle est la signification de l'inflammation du stroma ? Toutes ces cellules sont-elles des cellules embryonnaires, témoignant d'une haute malignité, ou bien sont-ce simplement des cellules migratrices dont la présence prouve simplement que la tumeur était le siège d'un processus inflammatoire. C'est évidemment cette dernière hypothèse qui est la vraisemblable, car les cellules embryonnaires des néoplasmes malins se rencontrent en des points disséminés qui sont des centres d'accroissement de la tumeur et où l'on peut voir toutes les transitions entre les cellules embryonnaires et les cellules adultes.

Ici au contraire, il y a dans tout le stroma une infiltration de cellules qui arrivent rarement jusqu'au contact des amas épithéliaux et qui se distinguent toujours très nettement des cellules des alvéoles. Ce sont plutôt quelques-unes de ces dernières qui s'infiltrent dans le stroma, car on trouve égarées au milieu des cellules embryonnaires quelques cellules à gros noyau qui sont identiques aux cellules des alvéoles.

Cette infiltration du stroma n'est certainement pas nécessaire et il est probable qu'une tumeur des glandes de Meibomius qui ne serait pas emflammée par suite de sa pénétration

par des microbes ne serait constituée que par des amas épithéliaux et un stroma fibreux.

Les cellules des tumeurs proviennent de cellules de même espèce de l'organisme (théorie de la spécificité cellulaire). Ni dans les glandes de Moll, ni dans les glandes de Krause, il n'y a de cellules semblables à celles qui remplissent les alvéoles de notre tumeur. Il n'y a de cellules analogues que dans les glandes de Meibromius normales.

Trois mois après. — Récidive confirmant le diagnostic d'épithéliome.

OBSERVATION XXVIII

Dr Chevallereau. — Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts.

Tumeur maligne de la paupière supérieure prise pour un chalazion ; ablations, récidives, généralisation et cachexie, mort.

Mme R..., âgée de 53 ans, vient me consulter le 12 juin 1892 pour trois petites tumeurs de la paupière supérieure droite que je prends pour des chalazions. Mme R... me raconte bien que le Dr Bocquel, de Niort, l'avait déjà opérée un an auparavant, mais que ces grosseurs étaient revenues et étaient même plus volumineuses qu'auparavant. *L'aspect* était néanmoins celui *de trois chalazions isolés*, sans aucune altération de la peau, présentant seulement du côté de la muqueuse une coloration brune particulière. Il n'y avait pas de ganglions dans le voisinage. Je fis l'ablation des trois nodules le 10 juillet 1892.

Le 15 avril 1893, Mme R... venait aux Quinze-Vingts avec une récidive sur place La tumeur enlevée fut alors soumise à l'examen de mon collègue Kalt pour en déterminer

la nature histologique. La récidive s'était encore faite uniquement sur place, sans prendre une étendue manifestement plus grande que la première fois et sans aucun retentissement dans les ganglions voisins ; aussi ce n'est que le 19 octobre 1895 que la tumeur récidivée encore fut très largement enlevée. La malade revint encore aux Quinze-Vingts le 28 novembre 1896, mais l'ablation faite aussi largement que possible ne devait pas empêcher un nouvel envahissement de la tumeur et une issue fatale.

En effet, le Dr Deschamps de Montigny-le-Roi, où était allée habiter cette malade, a bien voulu m'envoyer le 3 mars dernier les renseignements suivants : « Je m'empresse de vous faire connaître que Mme R..., que vous avez opérée d'une tumeur maligne de la paupière supérieure, et au sujet de laquelle je vous ai écrit le 3 mars 1895, a survécu jusqu'à la fin d'octobre 1898.

Cette pauvre femme, en 1897, s'est confiée à une empirique qui, moyennant une assez forte somme, à forfait, a entrepris la cure de cette tumeur. Dès janvier 1898, je fus appelé à lui donner des soins ; la tumeur avait envahi la joue, et s'était ulcérée.

Nous avons eu de fréquentes hémorrhagies que nous traitions avec succès par l'eau oxygénée pendant les derniers mois. Malgré des pansements fréquents et antiseptiques (phénosalyl), l'odeur était infecte et se répandait dans toute la maison. J'ai même essayé pendant de longs mois la solution de Czerny au centième ; enfin Mme R., épuisée, a succombé en pleine cachexie. »

Cette observation est intéressante par la marche très longtemps bénigne de la tumeur.

Il est possible que l'on eût évité la récidive par une ablation très large si l'on avait pu faire le diagnostic dès la première ou même la seconde intervention.

Voici le résultat de l'examen histologique qu'a bien voulu pratiquer M. Kalt.

Examen histologique. — « La tumeur, vue à un faible grossissement, paraît constituée par des amas cellulaires, vivement colorés par les réactifs, de forme irrégulière, mais anastomosés entre eux.

Ils sont séparés par des traînées conjonctives claires, étroites, montrant de nombreux orifices vasculaires. L'aspect général est celui de l'épithélioma lobulé.

Les lobules ont envahi la face externe du tarse. Néanmoins une bande de tissu tarsien bien reconnaissable sépare la tumeur de la conjonctive sous-jacente.

Celle-ci présente dans ses couches profondes une infiltration cellulaire manifeste. Son épithélium est bien reconnaissable.

A un fort grossissement les lobules de la tumeur apparaissent constitués par des éléments ovales à noyau très volumineux, à protoplasma à peine visible. Le noyau présente des figures de dégénérescence communes aux tumeurs épithéliales. La couche cellulaire basale, adossée aux cloisons conjonctives, est formée par des éléments allongés, rappelant les cellules basales des muqueuses ou des acini-meibomiens et fortement colorés. Le caractère épithéliomateux de la tumeur est ainsi mis hors de doute ». Dr Kalt.

OBSERVATION XXIX

Dr Kalt (Quinze-Vingts).
Tumeur maligne de la paupière supérieure gauche.

Homme de 33 *ans.*

J....., âgé de 33 ans, se présente à la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts le 1er octobre 1895, porteur d'une tumeur occupant le tiers interne du tarse de la paupière supérieure gauche.

Le volume de cette tumeur est celui d'une petite noix ; elle fait saillie en bas et en arrière vers le globe et recouvre la portion interne de la paupière inférieure. Sa surface est rouge, mamelonnée ; son sommet dirigé en bas est ulcéré et laisse pénétrer dans une cavité centrale de ramollissement une longueur de sonde de 1 cm. 1/2 — la sonde introduite se dirige vers le tarse supérieur.

La peau de la paupière malade n'est pas adhérente à la tumeur ; on la déplacc facilement sur elle ; elle a conservé ses caractères normaux. — Il n'y a pas de ganglions en avant du tragus, ni sous le rebord maxillaire ; l'examen attentif ne décède aucune propagation de la tumeur vers l'orbite ; le globe oculaire est intact ; ses mouvements sont normaux.

Le malade raconte que l'affection a débuté il y a 9 ans par une petite « grosseur » qui fut diagnostiquée au Tonkin « tumeur graisseuse ». La tumeur fut enlevée il y a un an par le Dr Galezowsky : elle avait alors le volume actuel.

La tumeur récidiva quelques mois après ; elle s'est accrue

rapidement depuis un mois et demi principalement. Le 1er octobre 1895, M. Kalt fait un curettage des fongosités.

L'examen histologique lui montre qu'il s'agit d'un épithéliome.

Le 12 octobre, il n'y avait plus de gonflement infectieux, mais de gros bourgeons charnus partant de la tumeur adhéraient au globe. M. Kalt fait l'ablation du tiers interne de la paupière supérieure ; il dissèque en arrière la tumeur jusqu'au grand oblique et la conjonctive jusqu'au globe.

Examen histologique. — « Les coupes microscopiques de la tumeur présentent des analogies marquées avec celles de la tumeur de l'observation précédente de M. Chevallereau.

A un faible grossissement elle est constituée par des éléments cellulaires volumineux identiques aux précédents par la forme, la grandeur du noyau, la réduction excessive du protoplasma.

Les traînées conjonctives sont beaucoup moins apparentes cependant. Ce n'est plus une masse à lobules anastomosés que l'on a sous les yeux. Les lobes sont agrandis, les séparations conjonctives peu marquées. Au premier abord il semble qu'on ait affaire à un sarcome ; mais en parcourant les différentes parties de la tumeur on retrouve facilement des amas cellulaires fortement colorés qui attirent l'attention.

Ce sont des cellules allongées, semblables à celles de la couche basale de la conjonctive, qui sont rangées au pourtour d'une colonne conjonctive coupée en travers. C'est un des caractères que nous avons trouvés dans la tumeur précédente. Il suffit pour rapprocher l'une de l'autre les deux néoformations. La seule différence à noter est que, dans le cas actuel, la multiplication épithéliale a été excessive, tandis que le

tissu conjonctif et l'élément vasculaire n'ont pas pris un développement parallèle. C'est une tumeur épithéliale qui doit sa bénignité relative au peu de développement des vaisseaux et de l'appareil nourricier conjonctif. » Dr Kalt.

OBSERVATION XXX

Observation du service du Dr Chevallereau aux Quinze-Vingts, 1902.
Tumeur maligne de la paupière supérieure gauche.

Femme, 26 ans.

L... Marcelle, âgée de 26 ans, couturière, entre à la clinique ophtalmologique le 10 septembre 1901 pour une tumeur de la paupière supérieure gauche. Quelques semaines auparavant, elle avait été opérée à Lariboisière pour un chalazion de la même paupière. A son entrée, on diagnostique un chalazion et on en fait l'ablation. Le 18 octobre, la malade revient à la clinique, présentant une *récidive* de la tumeur opérée le 10 septembre. C'est alors qu'en présence de cette récidive on songe à autre chose qu'un simple chalazion. L'idée d'une néoplasie syphilitique vient à l'esprit et on recherche les antécédents spécifiques. On apprend par l'interrogatoire qu'il y a 6 ou 7 ans la malade a fait une fausse couche de trois mois ; mais elle dit n'avoir jamais eu ni ulcération génitale, ni éruptions sur la peau ; elle n'a jamais présenté de céphalées nocturnes violentes. L'examen de la bouche ne montre pas de plaques muqueuses. Il n'y a pas d'hypertrophie ganglionnaire cervicale, sous-maxillaire, épithrochléenne. Il y a deux ans, à la suite d'une vaccination au bras gauche, est survenu un « bouton » suivant l'expression de la malade. L'examen montre à la partie supérieure du bras gau-

che, dans la région deltoïdienne, une cicatrice un peu plus large qu'une pièce d'un franc, indurée, surélevée.

L'èxploration du creux axillaire correspondant ne montre aucune hypertrophie ganglionnaire. Il s'agit très vraisemblablement d'une cicatrice chéloïdienne consécutive à une ulcération cutanée secondaire à la vaccination.

L'examen attentif de la paupière supérieure gauche montre une induration s'étendant du sillon palpébral supérieur jusqu'au bord libre de la paupière, large d'un cent. environ, un peu plus rapproché de l'angle externe que de l'angle interne de l'œil. A son niveau, il existe de la rougeur et une légère encoche du bord ciliaire. Cette néoformation est ferme, élastique ; sa surface est sensiblement lisse. Sa consistance cependant est un peu plus grande à chaque angle de la tumeur qu'à la partie centrale. On peut facilement relever la paupière et examiner la conjonctive palpébrale qui présente une cicatrice résultant de l'ablation précédente des soi-disant chalazions ; mais la conjonctive palpébrale adhère au tarse.

M. Chevallereau, se rappelant le cas ci-dessus (obs. XXVIII) pense à une tumeur maligne (sarcome ou épithéliome). Néanmoins, comme il y a quelques soupçons de syphilis, on fait faire à la malade des frictions matin et soir avec 4 grammes d'onguent napolitain et on lui donne de l'iodure de potassium à haute dose.

Elle revient le 11 novembre ; l'état de la tumeur est resté stationnaire ; son volume ne semble pas s'être accru. Il y a toujours une infiltration de la conjonctive tarsienne qui semble très adhérente au tarse. On examine de nouveau la malade au point de vue de la syphilis : même résultat négatif que la première fois.

C'est alors que le 16 novembre on pratique l'ablation d'une parcelle de la tumeur pour voir s'il ne s'agirait pas d'une néoplasie tuberculeuse, M. le Dr Chaillous, pratique le 16 novembre 1901 l'inoculation sous la peau d'un cobaye de la portion de tumeur enlevée. (L'autopsie de l'animal, faite ultérieurement le 16 février 1902 n'a montré aucune lésion tuberculeuse ou autre. Il n'y avait rien au point d'inoculation, pas d'adénopathie de la région inoculée, aucune lésion viscérale).

Le 23 novembre. — M. Chevallereau pratique l'ablation de toute la tumeur, sous anesthésie chloroformique ; la malade est renvoyée chez elle. Elle revient le 9 décembre : la plaie opératoire est complètement cicatrisée. Le 16, la malade se plaint d'avoir depuis 15 jours à 3 semaines des douleurs de tête plus vives la nuit.

L'examen de la paupière décèle à la partie externe du lambeau un petit point induré avec légère infiltration de la peau. On ne sent pas de ganglions, ni en avant du tragus, ni sous le maxillaire, ni dans le creux parotidien.

Le 23 décembre. — On sent vers la portion médiane de la cicatrice un petit point induré du volume d'un grain de blé adhérant au tarse et à la peau. Le 25 décembre, on enlève aussi complètement que possible en triangle la région indurée, qui se présente alors sous la forme d'un nodule dur du volume d'un petit pois s'étendant à la peau ; la néoplasie présente une coloration jaunâtre brillante ; à l'œil nu la peau paraît manifestement envahie : le râclage de la portion indurée ne donne pas de suc. Le lambeau palpébral enlevé est mis à durcir dans le liquide de Flemming pour être soumis à un examen histologique.

Le 10 février 1902. — La malade revient, présentant une troisième récidive, qui se traduit par une induration dans l'angle externe de la paupière. M. Chevallereau pratique l'ablation totale de la paupière supérieure et de l'angle externe de l'œil. Pour ne pas laisser l'œil complètement à découvert, ce qui amènerait fatalement l'ulcération et la destruction de la cornée, il avive le bord libre de la paupière inférieure et le suture à la plaie cutanée au niveau de la région sourcilière.

10 mars. — La blépharorrhaphie tient dans toute son étendue, le globe de l'œil étant complètement recouvert par la paupière inférieure ainsi remontée. Il n'y a aucune apparence de récidive ni dans la paupière, ni dans les régions voisines. L'état général est fort bon.

(*14 avril 1902*). — La cicatrisation, qui a succédé à la réunion de la paupière inférieure et du moignon de la paupière supérieure, est parfaite. Pas de noyaux indurés ; pas d'infiltration de la peau, pas d'adénopathies.

Etat général excellent.

Examen histologique. — A. Coupe comprenant toute l'épaisseur de la paupière supérieure. Fixation dans le formol ; inclusion dans la celloïdine. Coloration : hématoxyline, éosine.

A un grossissement faible (Objectif Zeiss A. Ocul. 3), on arrive à délimiter la situation du néoplasme dans l'épaisseur de la paupière. Il est limité en arrière par la région tarsienne où se dessinent normalement les glandes de Meibomius ; en avant et vers le bord libre de la paupière il se diffuse jusque dans l'épaisseur du tissu sous-dermique. Il laisse indemne le quart postérieur de la paupière, où on aperçoit très nettes

les fibres de l'orbiculaire ; les faisceaux de la partie antérieure du même muscle sont dissociés par les éléments néoplasiques.

Le néoplasme est divisé irrégulièrement par des travées de tissu conjonctif s'enchevêtrant les unes les autres, en groupes plus ou moins étendus de cellules à noyau fortement coloré. Certaines des travées se réunissent pour former des cloisons épaisses d'où s'échappent ces faisceaux plus fins qui vont diviser entre elles les cellules d'un même groupe.

Sur les coupes colorées par la méthode de Ziehl, ou par la méthode de Gram, on n'observe ni bacille de Koch, ni aucune autre forme microbienne.

Les éléments de la tumeur sont plus faciles à examiner sur une autre partie de la paupière, fixée par le Flemming, incluse à la paraffine et colorée par le Magenta-Picrocarmin. A un faible grossissement, comme sur la coupe précédente, la tumeur se présente sous forme d'amas cellulaires séparés par des travées épaisses de tissu conjonctif.

B. — A un plus fort grossissement (objectif à immersion), on voit ces amas composés de cellules de forme variable : les unes arrondies, les autres fusiformes, d'autres enfin polyédriques. Le noyau fortement coloré est en général volumineux. Ces éléments sont séparés par des faisceaux conjonctifs faisant le stroma de la tumeur. On aperçoit aussi de rares cellules géantes, avec de multiples noyaux ; l'une d'elles présente une grande lacune. On ne peut distinguer dans aucune partie de la tumeur de vaisseaux dont les parois soient constituées par les cellules néoplasiques. Ce dernier caractère manquant, on ne peut faire ici le diagnostic de « sarco-

me ». Il pourrait aussi bien s'agir d'une « inflammation » dont la cause nous échappe.

Le traitement antisyphilitique n'a eu aucun résultat, l'inoculation au cobaye a été négative et l'examen des coupes par la méthode de Ziehl n'a pas fait voir de bacilles de Koch.

L'évolution clinique de la tumeur, ses récidives incessantes, font penser, plus que l'examen anatomique, à un néoplasme de nature maligne ». Dr Chailous.

CONCLUSIONS

I. — Certaines formes de tumeurs malignes primitives des paupières — le sarcome, et l'épithélioma des glandes de Meibomius (1), ont au début de leur évolution l'aspect clinique du chalazion. Elles sont considérées alors presque toujours comme des chalazions ; on les opère comme ceux-ci, et c'est en présence d'une récidive rapide qu'on songe à une tumeur maligne.

II. — Le sarcome présente deux formes cliniques : le *sarcome palpébral proprement dit*, qui constitue un nodule dans l'épaisseur de la paupière ; *le sarcome de la conjonctive palpébrale*, qui se pédiculise fréquemment entre le globe et la paupière, et reste quelque temps stationnaire avant d'envahir les portions antérieures de la paupière.

III. — L'évolution du sarcome est le plus souvent très rapide. Non opéré, il envahit en quelques semaines toute la paupière, s'infiltre dans la cavité orbitaire, dans la joue, dans la paupière opposée, la fosse temporale, les fosses nasales et les sinus.

IV. — L'engorgement ganglionnaire est généralement tardif, alors que la tumeur est ulcérée ; comme dans

1. Ces tumeurs appartiennent au groupe des tumeurs *péribulbaires* du professeur Panas.

l'épithélioma des paupières, il est dû plus souvent à des infections secondaires parties de la surface ulcérée qu'à la dégénérescence sarcomateuse proprement dite des ganglions.

V. — Dans la moitié des cas de sarcome palpébral primitif, il s'agit de sarcome mélanique ; or on connaît la gravité des tumeurs mélaniques en général.

VI. — L'épithéliome meibomien primitif ne peut être décrit actuellement comme entité clinique, car les quelques cas publiés diffèrent sur plusieurs points. Aux observations récentes, avec examen histologique, d'Allaire, de Sourdille, de Dor, nous pouvons ajouter l'observation de deux autres cas dont l'examen histologique est dû à M. le Dr Kalt. Ces observations prouvent la malignité de ces tumeurs, puisque l'un des cas s'est terminé par la mort de la malade avec tous les signes de la cachexie cancéreuse.

VII. — Le chalazion et le sarcome à cellules rondes sont identiques au point de vue anatomique : l'un et l'autre sont formés de cellules embryonnaires ; quelques chalazions peuvent même contenir des cellules fusiformes; mais le chalazion est une néoplasie inflammatoire, un granulome, sans tendance à la récidive et à l'extension, le sarcome est une tumeur vraie, essentiellement maligne, qui récidive, qui envahit rapidement les tissus sains, et se généralise. Cependant, par le rapprochement histologique qu'on peut faire entre le granulome et le sarcome, il y a lieu de se demander si le chalazion peut, sous une influence encore inconnue, se transformer en sarcome. On sait en effet que certaines tumeurs bénignes

d'autres régions peuvent se transformer en tumeurs malignes.

VIII. — Le diagnostic de l'épithélioma des glandes de Meibomius est à faire avec les tumeurs bénignes des mêmes glandes, l'adénome dont l'évolution est très lente, se chiffrant par années, le chalazion, l'acné meibomienne. Le diagnostic du sarcome et de l'épithéliome devra être fait aussi avec les néoplasies syphilitique et tuberculeuse.

IX. — La gravité du pronostic des deux formes de tumeurs malignes que nous avons étudiées est prouvée par la clinique, qui montre les récidives multiples après une opération trop parcimonieuse, et souvent l'extension rapide et la généralisation. Il y aurait lieu d'appliquer dans le pronostic de ces tumeurs la mise en évidence microscopique du glycogène d'après la méthode indiquée par Brault.

X. — Le traitement doit consister dans une ablation précoce et large. Il vaut mieux dès le début enlever toute la paupière, comme l'ont fait Zimmermann et Fage (dans deux cas de sarcome primitif) dont les malades ont guéri, que d'enlever la tumeur par une excision palpébrale en V ou en U. Les observations que nous avons réunies montrent que cette dernière intervention est fatalement suivie de récidive. Elle est donc insuffisante.

Vu : le président de thèse
DE LAPERSONNE

Vu : le Doyen
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

A. — Sarcome primitif des paupières.

GIBSON. — Mélanosarcome des paupières. The Philadelphia Lancet, 1854.

SCHIRMER. — Sarcome à petites cellules rondes des quatre paupières. Klin. Monatsbl. f. A., 1867.

SAMELSON. — Sarcom of the Cyclid. Brit. Med., 1870 e Nagel's Jahresb., 1870.

HORNER. — Vielzelliges Melanosarcom des conjonctiva tarsi. Klin. Monatsbl. f. A., 1871.

ZEHENDER. — Tumor des rechten oberen Augenlids. Klin. Monatsb. f. A., 1873.

TALKO. — Sarcoma conjonctivæ palpebræ superioris. Klin. Monatsbl. f. A., 1873.

LILIENFELD. — Sarcom des rechten oberen Augenlids. Klin. Monatsbl. f. A., 1875 et 1876.

FORSTER. — Sarkom des Lides. Arch. f. A,, 1878.

RICHET. — Sarcome mélanique fasciculé, in Mouvement médical, 1879.

PROUTT et BULL. — Sarkom d. Tarsus und der conjonctiva. Arch. f. Aug., 1879.

GEPPI. — Sarcome primitif de la conjonctive palpébrale.

Société anatomique, Paris, 1880. Progrès médical, 28 mai 1881.

CHISOLM (J.-J.). — Sarcome d'origine conjonctivale. Virginia Medical Monthly, 1881. Annales d'oculistique, 1881.

BLANCH. — Sarcome globo-cellulaire mélanique de la conjonctive et du tarse. Recueil d'ophtalmologie. Octobre 1882.

EPERON. — Sarcome de la région interne de la paupière supérieure gauche. Archives d'ophtalmologie, mai-juin 1883.

GALLENGA. — Contribuzione allo studio dei tumori delle palpebre. Sarcome mélanique de la paupière supérieure droite. Gazetta delle Cliniche, 1884. Annales d'ophtalmologie, 1885.

VAN DUYSE. — Myxosarcome de la paupière supérieure gauche. Annales d'oculistique, septembre-octobre 1887 ; mai-juin 1889.

— Mélanosarcome de la conjonctive palpébrale. Annales d'oculistique, 1887.

LAGRANGE. — Sarcome mélanique sous-conjonctival de la paupière supérieure gauche. Société française d'ophtalmologie, mai 1891 et in Etudes sur les tumeurs de l'œil, 1892.

FAGE. — Sarcome embryonnaire non pigmenté des paupières. Société française d'ophtalmologie, 1893.

WILMER. — Case of melanotic giant-celled an alveolar myxosarcoma of the cyclid. Tr. Ann. opht. Soc. 1894-95.

ZIMMERMANN. — Sarcome fuso-cellulaire mélanique. Ophtalmic Rewiew. Juin 1894.

GUIBERT. — Sarcome de la paupière inférieure gauche. Bul-

letin et mémoires de la Société française d'ophtalmologie, 1896.

FAGE. — Sarcome primitif des paupières. Bulletin et mémoires de la Société francaise d'ophtalmologie.

THILLIEZ. — Sarcome mélanique ressemblant à un chalazion, débutant par la paupière, gagnant le contenu de l'orbite sans attaquer le globe oculaire et n'ayant pas comprimé le nerf optique. Clinique ophtalmologique, 1898.

GAPELLINI. — Sarcome de la paupière inférieure droite. Annales d'ophtalmologie de Pavie, 1898.

WOOD (C.-A). — Primary sarcoma of the cychid. ophtl. Rec. Chicago, 1898.

STEINER. — Ein Fall von Sarkom des Oberlides. Centralblatt f. Prakt. Angenh. Leipzig, Febrnar, 1899.

VEASEY (C.-A.). — A case of primary non pigmented sarcoma of the lett uper lid. Phila M. J. 1899.

RANSOHOFF. — Ein Fall von Sarkom der Augelider mit multiplen, Haut und Schleimhaut. Sarkomen (Klin. Monatsbl. f. Aug. 1898).

CAPELLINI (C.). — Mélanosarcome des paupières (Annales d'ophtalmologie de Pavie, 1899).

DUBAR. — Sarcome de la paupière supérieure gauche (Echo médical du Nord-Lille, 1900).

KASTALSKAIA. — Sarcome mélanique des paupières (Clin. opht). de Moscou, 1898. Paris, n° 10, 25 mai 1898.

B. — *Epithélioma primitif des gandes de Meibomius.*

Epithélioma lobulé limité aux glandes de Meibomius, in Thèse Allaire. Paris, 1891-92.

SOURDILLE. — Contribution à l'étude de l'épithélioma primitif des glandes de Meibomius. Archives d'ophtalmologie, 1894.

DOR. L. — Epithéliome meibomien du cartilage tarse et de la Paupière supérieure. Lyon médical.

H. THOMAS. — Des tumeurs des paupières. Thèse de Paris, 1865.

PANAS. — Traité des maladies des yeux.

— Atlas d'anatomie pathologique de l'œil.

CORNIL et RANVIER. — Manuel d'histologie pathologique.

L. BARD. — Précis d'anatomie pathologique.

TRUC et VALUDE. — Nouveaux éléments d'ophtalmologie.

Imp. de la Faculté de médecine, L. BOYER, 15, rue Racine, Paris.